PRZEGLĄD
Chirurgiczny i Ginekologiczny
TOM I. ZESZYT III. LISTOPAD. 1909.

PRACE ORYGINALNE.

Rentgenografia guzów złośliwych kości.

Szkic z dziedziny rozpoznawczej.

podał
I. M. JUDT.

Złośliwe nowotwory kości tworzą jeden z najtragiczniejszych rozdziałów chirurgii. Wobec ich gwałtownego, szybkiego przebiegu — zabiegi operacyjne są zazwyczaj mało owocne.

W okresach wczesnych bywają nowotwory kości rozpoznawane jako nerwoból lub gościec, później — jako sprawy zapalne kości. Przypadki takie stanowią poważną odsetkę mylnych rozpoznań klinicznych.

Rentgenografia guzów kości już teraz odgrywa rolę pierwszorzędną. Pierwszy Koenig w 1896 r. stwierdził w ten sposób mięsaka piszczeli, a w dwa lata później Karewski, opierając się na wynikach rentgenograficznych, zastosował częściowe wycięcie piszczeli, dotkniętej mięsakiem. Berard i Pollason w 1899 r. przedstawili na zjeździe chirurgów francuskich szereg rentgenogramatów, zaznaczając cechy różniczkowe między nowotworami kości, a cierpieniami zapalnemi. Bardziej szczegółowe dane zebrane zostały przez amerykanina Becka w 1901 r., wreszcie w r. 1908 przez Rumpela z oddziału Bergmanna.

Złośliwe nowotwory kości nie stanowią zjawiska rzadko

spotykanego. W przeciągu dwu lat ostatnich spostrzegałem w zakładzie swoim 37 przypadków tego rodzaju, mianowicie guzy:

kości promieniowej . .	3	razy
„ łokciowej . . .	1	„
„ ramiennej . . .	3	„
łopatki	1	„
mostka	1	„
żeber	3	„
kręgów	4	„
kości biodrowej . . .	2	„
„ udowej	10	„
piszczeli	6	„
strzałki	1	„
szczęki dolnej	2	„
„ górnej	1	„

Przypadki te zostały zaliczone do kategoryi nowotworów złośliwych ze względu na przebieg kliniczny oraz dane rentgenograficzne i mikroskopowe. Badanie mikroskopowe, dokonane w 12 przypadkach, wykazało przewagę typów o komórkach wrzecionowatych (6) i okrągłych (4), w dwu tylko — budowę mięsaków olbrzymiokomórkowych.

Wiek chorych wahał się od lat 8 do 65. Przebieg w większości przypadków gwałtowny, trwający niekiedy zaledwie cztery miesiące od początku aż do śmierci. Guzy t. zw. szpikowe olbrzymiokomórkowe rozwijały się natomiast bardzo powoli: w nasadzie górnej kości ramiennej — 3 lata do chwili badania rentgenograficznego.

Jaki ma wygląd guz złośliwy kości w świetle promieni Röntgena, jakie są podstawy anatomiczne dla otrzymania rysunku swoistego?

Sprawa nowotworowa, w olbrzymiej większości przypadków — mięsaki kości długich, polega na wytwarzaniu się wewnątrzkostnej tkanki miękkiej, niezawierającej soli nieorganicznych. Tego rodzaju tkanka nowotworowa rozrasta się w miejscu beleczek kostnych, niszczy je częściowo lub całkowicie. Chora odwapniona dzielnica kości nabiera wyglądu ogniska jaśniejszego śród zdrowej ciemnej tkanki okolicznej (fig. 1, 2, 3).

Atoli ton tego ogniska nie bywa jednostajny: tu i owdzie waha się w natężeniu cieniowem. W okręgach wczesnych sprawy nowotworowej pozostają jeszcze oddzielne kępy niezniszczonych beleczek kostnych, później giną zupełnie. Powstaje w ten sposób ostatecznie ognisko rozmiękczenia, ubytek kości o tonie jednostajnym, bez śladów budowy kostnej (fig. 4).

W obwodzie natomiast tworzą się pasemka lub wysepki ciemniejsze od zdrowej kości: to odczyn obronny tkanki otaczającej guz i sprawa trwardnienia kości (fig. 1).

Guz ośrodkowy daje współrzędnie zmiany i w warstwach zewnętrznych trzonu. Rozmiękczenie dosięga, stopniowo niszcząc substancyę zbitą, aż do okostnej.

W dalszym rozwoju guz unosi okostną, odłuszcza ją od kości i, rozrastając się dalej, wytwarza nader swoisty kształt wrzeciona (fig. 5).

Jednym z najbardziej stałych objawów jest kostnienie okostnej. Występuje ono zwykle na małej przestrzeni trzonu, w pobliżu nasady, w postaci nawarstwienia o linii gładkiej, bez zazębień, jakie są właściwe dla długotrwającego zapalenia szpiku kości (fig. 1, 2, 6).

Kostniejące zapalenie okostnej (periostitis ossificans), przejawia się także na kości sąsiedniej, np. (fig. 5) kości łokciowej obok guza kości promieniowej, lub na strzałce obok guza piszczeli.

Gdy zaś nowotwór przerywa okostną i posuwa się wgłąb mięśni, to w warunkach techniki udatnej jest możliwe otrzymanie na kliszy zarysu brzegów zewnętrznych guza, aczkolwiek niezawsze. Są to zarysy o liniach nikłych, cienie obłoczkowate, uchwytne daleko lepiej na dobrze oświetlonym negatywie, niż na pozytywie.

Zmiany guza wtórne występują na rentgenogramatach (fig. 5) bardzo wyraźnie. Należą do nich w pierwszej grupie— rozmiękczenia torbielowe, które należy jednak odróżniać od torbieli wewnątrzkostnych pochodzenia urazowego, zapalnego i nerwowego, jak osteodystrophia juvenilis cystica.

Torbiel mięsakowa bywa otoczona swoistą warstwą zmienionej substancyi korowej o brzegach nierównomiernie zcieńczałych, zazębionych, stosownie do nierównomiernego bujania

mas nowotworowych. Na obwodzie — kostniejące zapalenie okostnej.

Do drugiej grupy należą zmiany wytwórcze wewnątrz guza, jak wysepkowate ogniska zwapnienia lub nawet skostnienia, stwardnienie guza całkowite. Zdolność wytwórcza występuje niekiedy nadzwyczaj wybitnie. Guz cały nabiera na rentgenogramacie mocnego natężenia cieniowego. Budowa beleczkowata zanika. Niepodobna jest odróżniać poszczególne warstwy: substancyę spoistą kości, substancyę gąbczastą i szpik. Linie nasadowe są niewidoczne. Spostrzegałem typ podobny u mężczyzny 40-letniego.

Sprawa ta pod względem rozpoznawczym przypomina zapalenie szpiku przewlekłe typu Garré, w którem to zapaleniu wytwórcza zdolność tkanki kostnej również staje się bardzo wybitną.

Wiadomo również, że kostniakomięsaki przerzutowe posiadają cechy guzów osteoplastycznych i pobudzają dokoła siebie rozrost zbitej tkanki kostnej. O ile jednak sprawa raka przerzutowego osteoplastycznego bardziej już jest znaną w piśmiennictwie rentgenologicznem, to dopiero w 1909 r. Heineke opisał pierwszy przypadek kostnego mięsaka, stwierdzonego za życia za pomoca promieni Roetgena.

U chłopca 16-letniego mięsak pierwotny tkwił w strzałce i został usunięty całkowicie. Mikroskopowe badanie wykazało mięsak okrągłokomórkowy.

Prześwietlając chłopca częstokroć w przeciągu dwóch lat następnych, Heineke stwierdził liczne guzy przerzutowe w kościach udowych, ramieniowych i biodrowej. Miały one postać ognisk okrągławych, o tonie ciemnym, jednostajnym, przeważnie w pobliżu główek owych kości. Badanie zwłok dało wyniki takie same pod względem rozpoznawczym. Mikroskop wykazał typ mięsaków o komórkach wrzecionowatych.

Zwykle nie zwraca się uwagi na przerzuty kostne mięsaka. Chory nie doznaje silnych dolegliwości i nie potrafi umiejscawiać bólu. Dokładne badanie rentgenograficzne w przypadku podobnym jest zabiegiem bardzo ważnym, gdyż rozstrzyga o celowości rękoczynu operacyjnego na guzie pierwotnym.

Bardziej wdzięczne pole rozpoznawcze stwarza kategorya mięsaków olbrzymiokomórkowych (sarcoma myelogenes gigan-

tocellulare), —mniej złośliwych w przebiegu i rokowaniu. Wczesne rozpoznanie tych guzów pozwala na dokonanie zabiegu zachowawczego. Częściowe wycięcie daje tu częstokroć wyniki doskonałe.

W guzach tych widzimy wyraźną granicę między tkanką zdrową i nowotworową. Zaniku Sudecka niema zupełnie. Czynność wytwórcza występuje słabiej, wokoło guza powstaje ledwie cienka skorupa kostna o zarysach nieprawidłowo falistych, z wyrostkami zygzagowatymi. Zniszczenie tkanki kostnej dosięga wysokiego stopnia. Pozostają z niej ledwie nikłe pajęczynowate smugi i pasemka, tworzące nadzwyczaj swoisty rysunek o wyglądzie marmuru. Na pierwszy rzut oka rozpoznać można mięsaki olbrzymiokomórkowe (fig. 8).

W jednym z przypadków własnych tego rodzaju, spostrzeganym w 1903 r. (sarcoma myelogenes tibiae) u mężczyzny 20-letniego, dokonaliśmy częściowego wycięcia nasady górnej. Po upływie 2 lat nie było jeszcze nawrotu. W guzach olbrzymiokomórkowych częściej, niż w innych, następuje złamanie samoistne. Niekiedy tworzy ono pierwszy objaw, kierujący pacjenta do lekarza. W górnym odcinku kości ramieniowej, a jeszcze bardziej w kości udowej, trudności rozpoznawcze, zwłaszcza u osób tęgich, są tej miary, że łatwo przeoczyć można sprawę nowotworową. Promienie Roentgena dają dokładny obraz cierpienia zasadniczego i w drobnych szczegółach wyjaśniają typ złamania. Częstokroć powstają tylko nadłamania. Odłamy drobne wrzynają się w masę guza, otaczającego trzon kości (fig. 3). W innych przypadkach widać całkowite złamanie i zwykle nie bywa dużego rozejścia się odłamów. Niekiedy guz olbrzymiokomórkowy, np. w szyi kości udowej, posiadając cienką skorupę kości zdrowej, przeżera ją wreszcie i wywołuje złamanie. Mamy wtedy złamanie o brzegach kości gładkich, jak gdyby szlifowanych, okrągławych (fig. 4).

Inny zgoła typ tworzy t. zw. mięsak okostnowy. Cechuje go duży stopień złośliwości. Powstaje na obwodzie kości, jednak nie z okostnej, lecz z powierzchownych warstw substancyi korowej trzonu, rośnie pod okostną, odłuszcza ją i unosi. W przebiegu dalszym guz taki rozrasta się wokoło trzonu. Na rentgenogramacie, zarówno jak i na przekroju anatomicznym, widoczne są zmiany często z obudwu stron trzonu.

Trudno jest rozpoznawać mięsaki okostnej w najwcześniejszych okresach tychże. Później zjawiają się w lekkim stopniu kostniejące zapalenie okostnej i nadżarcia substancyi korowej. Na dokładnie wykonanych rentgenogramatach, stosując bardzo miękkie promienie, możemy niekiedy otrzymać cienie konturów nowotworowych śród mięśni. Cienie te jednak podobne są nieco do kostnienia mięśni z urazu (myositis ossificans traumatica) i w różniczkowaniu pamiętać należy, że cierpienie to mięśniowe nie posiada swoistego dla mięsaka kostniejącego zapalenia okostnej, ani też typu obwodowego. Pamiętać należy także o odróżnianiu obfitych złogów dnowych, ciał chrząstkowych (chondromatosis articularis), wreszcie jodopiny. Ciało to, wstrzyknięte pod skórę i w mięśnie, tworzy siatkę długotrwałą, a uchwytną za pomocą promieni nawet po upływie roku. Otrzymane w tych warunkach rentgenogramaty łudzą niekiedy, nasuwając myśl o nowotworze. Omyłki takie zdarzały się niejednokrotnie. W rozpoznawaniu guzów t. zw. okostnych napotykaną bywa jeszcze jedna trudność, mianowicie—powikłanie sprawą ropną (sarcoma periostale + suppuratio tumoris). Przypadek taki, o ile mi wiadomo, poraz pierwszy opisał Nové-Josserand w 1907 r.

Tak więc rozpoznawanie guzów obwodowych zależy całkowicie od stwierdzania zmian przedewszystkiem w substancyi korowej. Nazwa guzów okostnych nie wytrzymuje krytyki, tak jak i nazwa guzów szpikowych. Należy mówić raczej o guzach ośrodkowych i obwodowych. Znane są wywody Ribberta (Beiträge zur Entstehung der Geschwülste 1906). Mówią one, że guzy kostne nie wyrastają ani ze szpiku, ani z właściwych komórek tkanki kostnej, ani z okostnej. Wszelakie mięsaki rosną przeważnie w okolicy chrząstkozrostu trzonowonasadowego. Zalążek guzów znajduje się w tkance gąbczastej, w komórkach zarodkowych zabłąkanych. Tworzą więc guzy złośliwe, według Ribberta, przejaw zaburzeń rozwoju. Gdy guz taki wyrasta bliżej kanału kostnego, mamy nowotwór ośrodkowy, gdy rośnie bliżej obwodu kości, pod okostnę, powstaje nowotwór obwodowy.

Otóż ten pogląd Ribberta znajduje poparcie w spostrzeżeniach rentgenografów. Niema typów czystych, usadowionych

tylko pod okostną. Prawie zawsze widzimy formy przejściowe. Szematyzowanie guzów uważać należy za sztuczne.

Powstaje pytanie, czy można na podstawie badania rentgenograficznego rozpoznawać poszczególne rodzaje guzów złośliwych kości?

Oczywiście, z dokładnem stwierdzeniem rodzaju nowotworu postępować należy oględnie. Tylko mięsaki olbrzymiokomórkowe, powoli rosnące, mogą być rozpoznawane z pierwszego rzutu oka. Mają one nadzwyczaj swoisty wygląd marmuru.

Raki kości powstają w drodze przerzutów z pierwotnego ogniska, przeważnie usadowionego w sterczu lub gruczole sutkowym. I raki wyrastają zwykle w pobliżu linii nasadowej kości udowej i piszczelowej.

Być może, częstszym siedliskiem raka kostnego są również kręgi. W zbiorach rentgenograficznych przypadków takich jest jednak niewiele, gdyż badanie kręgów, zwłaszcza piersiowych, przedstawia duże trudności techniczne. Natomiast systematyczne badanie kręgów po śmierci, jak wykazał Eugen Fraenkel w Hamburgu, stwierdza dużą odsetkę przerzutów raka, zarówno o cechach osteoplastycznych, jak i osteomalacyjnych.

Nadzwyczaj zaciekawiające i jedyne dotychczas spostrzeżenie podaje Dietle (1908. Fortschritte auf Gebiete der Roentgenstrahlen): przypadek raka kręgów, rozpoznany za życia rentgenograficznie i stwierdzony na stole sekcyjnym. Zmiany, z graficznego punktu widzenia, przypominają cierpienie, znane pod nazwą zniekształcającego zapalenia kręgów. Objawy zniszczenia tkanki kostnej występują słabo, — przeważa tu wytwarzanie się kości. Kręgi ulegają zniekształceniu. Łękotki międzykręgowe zwężają się. Między kręgami powstają spojenia kostne, wyrostki zazębione. Zmiany nawiedzają przeważnie ciała kręgów, a bardzo rzadko — wyrostki kolczaste i małe stawy.

Cierpienie to nie posiada swoistych punktów oparcia dla rozpoznania klinicznego. Jedyną metodę rozpoznawczą tworzy rentgenografia.

Mięsaki szpiku (myelomata) opisywane są względnie rzadko. Jeden z takich przypadków podaje Scheele i Herxheimer

(Zeitschrift f. klin. Medizin t. 54), a na czwartym zjeździe rentgenograficznym (1908) Eug. Fraenkel opisuje drugi podobny przypadek (myelomata multiplicia femoris, claviculae, costarum, sterni et vertebrarum).

Z kolei rzeczy należy zwrócić uwagę na guzy dobrotliwe (fig. 7, 9). Posiadają one granice ostre, wyraźnie oddzielone od kości zdrowej, — tło, pozbawione cech zanikowych, — budowę tkanki kostnej. Rozpoznawanie rentgenograficzne przeważnie nie napotyka trudności. Niejakie powikłania rozpoznawcze nastręczają niekiedy chrzęstniaki, które przypominają na pierwszy wygląd mięsaki olbrzymiokomórkowe powoli rosnące, np. w kościach napięstkowych.

Trudniej jeszcze oceniać istotę t. zw. torbieli samoistnych, jakie spotykać można w trzonie kości ramiennej i udowej. Rosną one ku obwodowi i przybierają kształt kulisty lub wrzecionowaty. Torbiele te rozpatrywać należy, jako wytwór ostateczny różnorodnych spraw chorobowych: zapalnych, urazowych (po złamaniu) i trofoneurotycznych. Mikulicz wiązał je z t. zw. osteodystrophia juvenilis cystica. Glimm upatrywał związek z ostitis fibrosa (morbus Recklinghauseni). Od mięsaków torbiele te odróżniają się brakiem kostnienia okostnej i równomierną ścianą warstwy korowej, w mięsakach natomiast zcieńczenie substancyi korowej jest niejednostajne, zależnie od nierównomiernego bujania guza.

Najbardziej ważną dziedzinę w różniczkowaniu guzów złośliwych tworzą, niewątpliwie, kostne sprawy zapalne. Większość spostrzeganych przypadków bywa rozpoznawaną jako zapalenie szpiku kostnego, gruźlica, wreszcie przymiot.

W szeregu tych błędów rozpoznawczych pierwsze miejsce zajmuje zapalenie szpiku. Oczywiście, dotyczy to prawie wyłącznie przewlekłych postaci tego cierpienia, z dużym rozwojem tkanki sklerotycznej, odczynowej. W odróżnianiu sprawy chorobowej zwrócić musimy uwagę przedewszystkiem na kostniejące zapalenie okostnej, które obejmuje tu znaczną przestrzeń trzonu, tworząc nawarstwienie o linii nieprawidłowej, zazębionej. W mięsaku bywa inaczej, — kostnienie okostnej występuje przeważnie w pobliżu nasady, na przestrzeni nieznacznej, jako warstwa równomierna, gładka.

Inne postacie zapalenia szpiku odróżniać jest łatwo, te mianowicie, którym towarzyszą martwiaki i ropnie wewnątrzkostne.

W gruźlicy kości występuje t. zw. ostry zanik Sudecka. Objaw ten dostrzegamy w bardzo wczesnych okresach tego cierpienia. Polega on na znikaniu dużej odsetki soli nieorganicznych (do 60%), co nadaje kości wygląd mało kontrastowy, szarawy, bez jasnego zróżniczkowania beleczek i warstw kostnych. Zanik ostry obejmuje zwykle duże przestrzenie, niekiedy nawet przechodzi na kości sąsiednie.

Drugą cechą właściwą gruźlicy jest nadzwyczaj mała skłonność wytwórcza. Zniszczenie przeważa. To też w gruźlicy periostitis ossificans występuje nader rzadko i tylko w postaci nikłych, nieznacznych nawarstwień. Zależą one, być może, od wtórnego zakażenia.

W kręgach piersiowych, mimo to, rozpoznanie napotyka niekiedy trudności bardzo poważne. Postępować należy w podobnych przypadkach ogromnie ostrożnie i korzystać z rentgenografii, jako z jednego tylko ogniwa w szeregu innych czynników badania.

Sprawy przymiotowe również wikłają niekiedy różniczkowanie. Gdy kość usiana jest wielolicznymi kilakami, wtedy łatwo określić istotę cierpienia. Inaczej ma się rzecz z kilakiem pojedyńczym, który niekiedy przypomina mięsaki ośrodkowe.

W rozpoznawaniu pamiętać należy, że kilak posiada wał mocno sklerotyczny, barwę jasną, kształt okrągły, rozmiary niewielkie, a w substancyi korowej tworzy się pasemkowatość podłużna, zależna od nacieczeń w kanałach Haversa. W kilakach niema właściwego mięsakom zgrubienia trzonu o wyglądzie wrzeciona.

Oczywiście, zdarzają się formy tych cierpień, nastręczające dużo trudności w różniczkowaniu. Dużo w tym względzie pomódz powinno krytyczne rozważenie każdego szczegółu graficznego i, co najważniejsze, współrzędna ocena znamion klinicznych.

Jednak w olbrzymiej większości przypadków rentgenografia robi rozpoznanie guzów ścisłe, tem bardziej wartościowe, że określa również anatomiczny punkt wyjścia, rozmiary, stosunek do narządów sąsiednich, przerzuty, wreszcie — pozwala nakreślić dokładny plan operacyjny.

OBJAŚNIENIE TABLICY.

1. Mięsak kości udowej (sarcoma globo-parvicellulare) dziewczyny 16-letniej. Rozpoznanie względnie wczesne: 6 tygodni. Guz zajmuje dolno-zewnętrzny odcinek trzonu. Ognisko okrągławe jaśniejsze. Wewnętrzną jego granicę tworzą smugi sklerotyczne, a zewnętrzną — okostna kostniejąca.

2. Mięsak kości udowej chłopca 15-letniego. Guz zajmuje prawie całą długość trzonu.

3. Mięsak kości udowej dziewczyny 18-letniej. Duży stopień odwapnienia tkanki kostnej. Złamanie samoistne. Odłamy drobne wrzynają się wgłąb miękkich tkanek.

4. Mięsak olbrzymiokomórkowy, wyrastający w szyi kości udowej. Zupełne rozmiękczenie kości. Złamanie samoistne.

5. Mięsak kości promieniowej. Typowy kształt wrzeciona. Wtórne zwyrodnienie guza. Periostitis ossificans sąsiedniej kości łokciowej.

6. Mięsak piszczeli chłopca 7-letniego (sarcoma globo et fusocellulare). Sączek gumowy po operacyi, dokonanej z powodu mylnie rozpoznanego zapalenia szpiku kostnego.

7. Chrzęstniak kości ramiennej.

8. Mięsak olbrzymiokomórkowy dolnego odcinka kości promieniowej.

9. Liczne wyrośle chrząstkowe nasad kości przedramienia.


1.


2.


3.


4.


5.


6.


7.


8.


9.

Z oddziału chirurgicznego D-ra Bronisława Sawickiego w Szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

O zapaleniu sieci.

(EPIPLOITIS).

podał

BRONISŁAW SZERSZYŃSKI.

Na fizjologię i patologię sieci zwrócono właściwą uwagę dopiero w ostatnich czasach. Doniedawna odmawiano jej wszelkiego znaczenia, uważając za narząd szczątkowy, człowiekowi zgoła niepotrzebny. Tymczasem doświadczenie kliniczne i doświadczenia wykonane na zwierzętach wykazały, że sieć posiada duże znaczenie ochronne w wielu stanach chorobowych, „the abdominal policeman" jak ją nazywa Morison, że dzięki swej ruchomości, miękkości, łatwemu złuszczaniu się śródbłonka, obfitości w niej naczyń i leukocytów tworzy ona z wielką łatwością przyrosty, odgradzając od ogólnej jamy otrzewnej miejsce grożącego przedziurawienia, ognisko zapalne lub zgorzelinowe. De Renzi i Boeri np. w $2^1/_2$ miesiąca po podwiązaniu u zwierzęcia tętnicy lub żyły śledziony znajdowali tę ostatnią żyjącą, prawidłowej wielkości, rozlegle pozrastałą z obficie unaczynioną siecią. Po podwiązaniu obu naczyń krwionośnych śledziona uległa zgorzeli, a przyklejona sieć brała na się rolę barjery, niedopuszczającej do krwiobiegu wytworów trujących i wchłaniała tkankę zgorzelinową: po $2\frac{1}{2}$ miesiącach nie zostawało śladu śledziony. Wreszcie, gdy podwiązywano oba naczynia po uprzedniem zupełnem wycięciu sieci, zwierzę zdychało w 24 — 48 godzin wśród objawów zatrucia. Na znaczenie ochronne sieci wskazują również weterynarze: zauważyli oni, że zwierzęta ze słabo rozwiniętą i licho unaczynioną siecią, jak np. konie, łatwiej od innych podlegają zapaleniu otrzew-

nej w następstwie ran drążących brzucha lub po operacyach w jamie otrzewnej.

Obficie unaczyniona sieć, mieszcząc w sobie $^{1}/_{4}$ część krwi z całej jamy brzusznej, odgrywa rolę regulatora krwiobiegu w sąsiednich narządach; widzimy to np. w pierwszem doświadczeniu de Renzi i Boeri, gdzie przyrośnięta do śledziony sieć bierze na się wyrównanie zaburzeń w ukrwieniu po podwiązaniu jednego z naczyń, a w operacyi Talmy wyzyskujemy tę jej własność, by zmniejszyć zastój krwi w dziedzinie żyły wrotnej, skierowując część krwiobiegu w inną stronę.

Prócz tego, badania ostatnich lat wykryły i chłonniczą zdolność sieci: po wstrzyknięciu tuszu królikowi do jamy otrzewnej, zdajdowano barwnik przeważnie w kanałach sokowych przepony i sieci, nieznaczną tylko część na pozostałej powierzchni otrzewnej, gruczoły zaś chłonne tylko u nasady krezki zawierały tusz, gdy położone w samej krezce pozostawały niezabarwione. Chłonniczej czynności sieci dowodzą i inne spostrzeżenia: po wprowadzeniu np. barwnej cieczy do jamy brzusznej mocz zabarwia się wcześniej u zwierzęcia prawidłowego, niż u pozbawionego sieci, Heger zaś, wstrzykując do jamy brusznej sproszkowany metal lub perły, widział rentgenoskopując, że cząsteczki te trzymały się mocno sieci i wraz z nią poruszały się od oddechania.

Na fizjologiczną rolę sieci wskazują i doświadczenia Giuranna, który po wycięciu jej u zwierząt widział pewne zahamowanie rozwoju młodych jednostek, mniejszą ich odporność na wstrzyknięte do jamy otrzewnej trucizny i zwiększoną podatność otrzewnej na zakażenie; wydzielanej przez sieć cieczy surowiczej Flügge i Tietz przypisują własności drobnoustrojobójcze.

Również dopiero w ostatnich latach poznano dokładniej sprawy chorobowe w sieci — specjalnie zapalenia nieswoistego charakteru. Wprawdzie Franco, Garangeot, Ledran, Petit już w XVIII stuleciu pisali o zapaleniu sieci w przepuklinie, jakie spotykamy w następstwie urazów ze strony źle dostosowanego pasa, na skutek skręcenia, zaciśnięcia lub uwięzienia sieci, na wewnątrzbrzuszną atoli postać tego cierpienia zwrócono uwagę dopiero w ostatnich czasach i wyodrębniono prócz wspomnianej już, znanej oddawna przepuklinowej postaci — dwie

inne wewnątrzbrzuszne: pierwotną, pooperacyjną, występującą po wycięciu częściowem sieci i wtórną, towarzyszącą innej sprawie zapalnej w jamie otrzewnej.

Pooperacyjną postać wyodrębnił Lucas-Championnière, opisując w r. 1892 w swem „Traité sur la cure radicale des hernies“ wewnątrzbrzuszne zapalenie sieci w następstwie operacyi przepukliny, połączonej z częściowem wycięciem sieci. W trzy lata później Reynier opracował ten temat na XI zjazd chirurgów francuskich, a następnie Boeckel, Monod, Morestin i inni poruszali ten przedmiot w prasie francuskiej, Braun i Schnitzler—w niemieckiej. U nas Oderfeld w r. 1907 przedstawił pacyenta z tem cierpieniem na posiedzeniu chirurgicznem Warsz. Tow. Lek., a w rozprawach Karczewski powoływał się na obserwowane przez siebie tego rodzaju przypadki. Postać pooperacyjna zapalenia sieci występuje po zabiegach, połączonych z jej częściowem wycięciem, prawie wyłącznie po operacyach przepuklin, tylko dwa razy widziano ją po innych operacyach: Braun po wycięciu torbieli jajnika, Schnitzler—po wycięciu wyrostka robaczkowego. Jest to cierpienie względnie rzadkie, dość powiedzieć, że niektórzy chirurdzy nigdy go nie spostrzegali, inni mieli zaledwie po parę przypadków w swej praktyce. Na 275 doszczętnych operacyi przepukliny Lucas-Championnière spostrzegał zapalenie sieci tylko dwa razy, Dubar na 350 — raz jeden. W piśmiennictwie znajdujemy około 60 odnośnych spostrzeżeń, co wobec olbrzymiej liczby operowanych przepuklin stanowi odsetkę bardzo drobną. Możliwe zresztą, że dużo przypadków z powodu łagodnych objawów przebiega niespostrzeżenie dla operowanych, kiedyindziej cierpienie występuje dopiero po zagojeniu się rany operacyjnej, gdy chory wrócił do domu i chirurg stracił z nim łączność, wreszcie być może, że cierpienie to było dotychczas nie zawsze należycie rozpoznawane.

Za przyczynę tej postaci zapalenia sieci niektórzy chirurdzy uważają podwiązywanie źle wyjałowioną nitką, a więc przyjmują zakażenie, wniesione do tkanek z zewnątrz. Na potwierdzenie zdania swego powołują się oni na te przypadki, w których znajdowano jedwabne podwiązki w guzie zapalnym lub ropniu sieci. Według innych autorów podwiązka odgrywa rolę tylko ciała obcego, drażniącego tkanki, drobnoustroje zaś

znajdują się w sieci już przed jej podwiązaniem, jako pozostałość przebytych spraw zapalnych, których ślady często widujemy w postaci zgrubienia, zbliznowacenia sieci. Podwiązanie takiego chorego odcinka, a co zatem idzie—pozostawienie w nim ciała obcego w postaci nitki jedwabnej i pozbawienie krwiobiegu części kikuta, położonej poniżej podwiązki, stanowić może bodziec do wyprowadzenia drobnoustrojów ze stanu ukrytego. Nie zawsze jednak podwiązywany odcinek sieci, nawet w obecności starych zmian zapalnych, zawiera w sobie drobroustroje, czasami pochodzą one skądinąd, np. z położonego w sąsiedztwie narządu z gnilną zawartością, jako to: kiszki, jajowodu, moczowodu. I w tym przypadku zmiany w sieci, pozostałe po przebytych przez nią zapaleniach, nie pozostają bez wpływu na rozwój nowego cierpienia, gdyż zmniejszając żywotność tkanki, czynią ją podatniejszą na zakażenie.

Które z tych tłomaczeń powstawania zapalenia sieci jest bliższe prawdy, trudno powiedzieć rozstrzygająco. Niewątpliwie jednak nie zawsze można winic wadliwie wyjałowiony jedwab. Wszak znane są przypadki, że pomimo użycia tego samego materjału do podwiązek w dwóch po sobie idących zabiegach w jednym przypadku spostrzegano zapalenie pozostawionego kikuta sieci, w innych nie. Ogłaszano też i takie spostrzeżenia, że zapaleniu sieci towarzyszyło gojenie się rany bez najmniejszego odczynu zapalnego, pomimo użycia do szwów tego samego jedwabiu, co i do podwiązek. Zdaniem Reyniera, późny początek zaburzeń—zwykle w kilka tygodni lub miesięcy po operacyi — też przemawia na korzyść wtórnego zakażenia podwiązek w sieci. Wreszcie występowanie tego cierpienia prawie wyłącznie po operacyi przepukliny, gdy sieć bywa wycinana w wielu innych operacyach, wskazywałoby na to, że podwiązki odgrywają tu rolę drugorzędną, rozstrzygające zaś znaczenie mają zmiany w sieci, spotykane w przepuklinach.

Sądząc a priori, możnaby przypuszczać, że podwiązywanie struną (cat-gutem), jako materyałem, ulegającym wchłonieniu, powinno dawać rzadziej zapalenie sieci, niż używanie jedwabiu Gourdou starał się nawet znaleźć potwierdzenie tego w liczbach: na 26 zebranych przez niego przypadków 18 razy podwiązywano jedwabiem, 8 — struną. Liczby te są jednak zbyt małe, by z nich można było wyciągać wnioski, poza tem—

mniejsza liczba przypadków po podwiązywaniu struną zależy, być może, wprost od nieczęstego wogóle stosowania go w tych czasach.

W wyjątkowych razach zapalenie sieci rozwija się i po takich zabiegach, podczas których sieci nie wycinano. Braun np. operował uwięzioną od 24 godzin przepuklinę udową, w której leżała tylko kiszka, a sieci wcale nie widziano podczas operacyi. W jedenaście tygodni potem pacyentka wróciła z guzem wielkości głowy noworodka w górnej połowie brzucha. Wobec trwania objawów i niepewnego rozpoznania, wykonano cięcie brzucha i znaleziono twardy, zapalny guz sieci. Jako przyczynę tego cierpienia przyjąc musimy zakażenie sieci przez wprowadzoną do jamy otrzewnej pętlę kiszki, której ściany, jakkolwiek pozornie niezmienione, mogły po 24-godzinnem zaciśnięciu w pierścieniu przepuklinowym zacząć przepuszczać drobnoustroje.

Tego rodzaju przypadki pod względem przyczyny stanowią przejście do innej grupy zapaleń sieci wewnątrzbrzusznych, w której mamy do czynienia z szerzeniem się sprawy zapalnej z jakiegoś innego narządu. Że w takich razach sieć, tworząc przyrosty do ogniska zapalnego, bierze udział i w samej sprawie, wiedziano o tem już dawno, w ostatnich jednak latach Walther, Levrey i inni zwrócili uwagę na to, że objawy ze strony zapalenia sieci mogą występować na pierwszy plan, że nawet po wygaśnięciu pierwotnego ogniska sprawa w sieci może tleć przez długi czas i dawać niekiedy obostrzenia. Ta wtórna postać cierpienia sieci występuje najczęściej w zapaleniu wyrostka robaczkowego, rzadziej w zapaleniu przydatków macicy, w zropiałej torbieli jajnika, lub w innych cierpieniach, odbywających się w jamie brzusznej. Parę razy zauważono ją na skutek zakażenia, wynikłego po operacyi: Hadra np. w następstwie zapalenia otrzewnej w miednicy po wycięciu przydatków, Pantzer — jako skutek zakażenia, wynikłego po wycięciu torbieli jajnika, Gérard-Marchant — w ropieniu rany ściany brzusznej.

Pod względem anatomo-patologicznym trzy te postacie zapalenia sieci — przepuklinowa, wewnątrzbrzuszna pierwotna i wewnątrzbrzuszna wtórna nie różnią się niczem od siebie. W bardziej ostrym przebiegu cierpienia najczęściej widzimy w sieci

drobnokomórkowe nacieczenie, prowadzące do wytworzenia się czerwonego, z rozszerzonemi naczyniami, nierównego, dość twardego guza, usianego nieraz wynaczynieniami. Wymiary guza czasami dochodzą do wielkości główki noworodka, w wyjątkowych razach wyczuwamy twarde nacieczenie na całej przedniej powierzchni brzucha. Guz ten bywa przyrośnięty do ściany brzusznej, do worka przepuklinowego, do trzew, powodując niekiedy przewężenia albo i zamknięcie światła kiszki. Gdy sprawa dochodzi do ropienia, prócz zmian powyższych znajdujemy w guzie jeden lub kilka drobnych zazwyczaj ropni, zawierających gęstą, białą lub żółtą ropę, często z pływającemi na jej powierzchni kroplami tłuszczu z sieci, ze strzępami obumarłych tkanek, z pozostawionemi podczas operacyi podwiązkami z jedwabiu lub struny. Badanie odnośne wykazywało w niej obecność łasecznika okrężniczego, gronkowca białego, paciorkowca i innych drobnoustrojów.

Do ropienia dołącza się niekiedy zgorzel w mniejszych lub większych rozmiarach, w wyjątkowych razach towarzyszy ona sprawie przewlekłej, a wtedy na powierzchni zgrubiałej, nierównej sieci widać plamy czerwonej lub zielonej tkanki obumarłej. Zgorzel na większej przestrzeni w zapaleniu jamy otrzewnej zdarza się wyjątkowo rzadko. Zmiany takie spostrzegł Worcester raz jeden w zapaleniu wyrostka robaczkowego, zaś Dubar widział wytworzenie się mas zgorzelinowych w sieci bez śladu ropienia po doszczętnej operacyi przepukliny.

W podostrym lub przewlekłym przebiegu cierpienia na pierwszy plan występuje rozrost tkanki łącznej w sieci, zamieniający ją w masę szarą, nierówną, twardą, trzeszczącą pod nożem, w której mikroskop wykazuje dużo tkanki włóknistej, niekiedy ze zmianami sklerotycznemi, gdzieniegdzie drobnokomórkowe nacieczenie, zwłaszcza wzdłuż naczyń krwionośnych. W tej to postaci spostrzegano szerzenie się sprawy zapalnej z przepuklinowego odcinka sieci na część jej, położoną w jamie otrzewnej, co widział między innymi Lucas-Championnière w operowanym przez siebie przypadku: worek przepuklinowy wypełniony był zgrubiałą, twardą siecią, przypominającą nowotwór, przez wrota łączyła się ona z wielkim guzem, wypełnia-

jącym przednią część jamy brzusznej od dna miednicy aż do więzu żołądkowo-okrężniczego.

Pomimo jednakowych zmian anatomicznych we wszystkich trzech postaciach zapalenia sieci, obraz kliniczny różni się znacznie w zależności od umiejscowienia się chorej sieci — w przepuklinie, czy wewnątrz jamy otrzewnej. W pierwszym wypadku przepuklina powiększa się, nie daje się odprowadzić, ciepłota miejscowa podniesiona. Zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego może nie być wcale, a jeśli występują, to zwykle pod postacią uporczywego zaparcia stolca i wymiotów; kałowe — wyjątkowo rzadko. Po kilku dniach obrzmienie znika i wszystko wraca do stanu prawidłowego, niekiedy jednak stan pogarsza się: zjawiają się dreszcze, podniesiona ciepłota ogólna, skóra na guzie staje się czerwona, obrzmiewa i utworzony w sieci ropień przebija się przez powłoki. Ropienie ogranicza się najczęściej do worka przepuklinowego, ale może przejść i na wewnątrzbrzuszną część sieci, co prowadzi za sobą wzmożenie się ogólnych objawów odczynu ze strony otrzewnej. Dwa tego rodzaju przypadki, Ledrana i Mac-Farlane'a, zakończyły się nawet śmiercią z powodu zapalenia otrzewnej, w ostatnich jednak czasach podobnego zejścia nie spostrzegano dzięki wcześnie przedsiębranemu leczeniu operacyjnemu. Po ostrym wybuchu zapalenia sieci pomimo przycichnięcia objawów i zmniejszenia się guza odprowadzenie nieraz bywa niemożliwe z powodu powstałych przyrostów. Stan taki zwykle nie powoduje żadnych zaburzeń, w wyjątkowych razach nawet bez obostrzenia się samej sprawy wywołuje obfite wymioty, ustępujące dopiero po podwiązaniu i odcięciu sieci, leżącej w przepuklinie. Kiedyindziej ostre zapalenie przechodzi w przewlekłe, choć najczęściej to ostatnie występuje bez ostrego początku, niespostrzeżenie dla chorego. Szerząc się na część sieci, położoną w jamie otrzewnej, tworzy ono niekiedy pasmo, wyczuwane przez powłoki od pachwiny do nasady sieci, lub bardziej rozlaną guzowatość. Przewlekłe to cierpienie zwykle nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, wyjątkowo — powoduje bóle, mdłości i wymioty.

Inny obraz kliniczny widzimy w wewnątrzbrzusznem zapaleniu sieci—po jej wycięciu. Niekiedy już w parę godzin po zabiegu chory dostaje bólów brzucha skutkiem podrażnienia

sieci, przechodzą one po paru dniach. Właściwe objawy występują zwykle dopiero po zagojeniu się rany, gdy pacyent już wrócił do zajęć—po upływie kilku tygodni, nieraz w parę miesięcy, a nawet lat po operacyi: w przypadku Boeckela pierwsze objawy wystąpiły dopiero w 3 lata po operacyi przepukliny. Mniej lub więcej mocne bóle umiejscowiają się początkowo w nadbrzuszu, najczęściej na stronie operowanej, wkrótce rozszerzają się na cały brzuch z przewagą okolicy pępka lub wyżej. Umiejscowienie to stanowi dla rozpoznania ważną wskazówkę, gdyż guzy zapalne sieci położone bywają wysoko w jamie otrzewnej. Bóle mogą promieniować w uda, w lędźwia, w narządy płciowe, w ramiona, wzmagają się od ucisku, od poruszenia się chorego lub od kaszlu. Towarzyszy im podniesienie ciepłoty i zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, jako to: brak łaknienia, odbijanie, mdłości, wymioty, wzdęcie brzucha, zaparcie stolca, brak wiatrów. Wszystkie te objawy w niezbyt wysokiem natężeniu sprawy w sieci przechodzą nieraz już po paru tygodniach i pacyent wraca do zdrowia, kiedyindziej dają obraz bardzo groźnego i długotrwałego cierpienia. Bóle bywają bardzo mocne, wymagają wstrzykiwań morfiny, przychodzą napadami, trwającymi po kilka godzin; wymioty częste, męczące, początkowo pokarmami, później żółcią, czasem bywają i kałowe; uporczywe zaparcia stolca i brak wiatrów z dużem wzdęciem brzucha. Podniesienia ciepłoty dochodzą do 39° a nawet do 40°, chory miewa dreszcze, obfite poty, przyspieszone tętno, twarz bladą, podkrążone oczy, rysy wyciągnięte, nos zaostrzony. Burzliwe te objawy mogą wkrótce uspokoić się na pewien czas, by potem znów wybuchnąć, a podobne wahania trwają nieraz miesiącami, powodując wyniszczenie chorego, niekiedy wprost charłactwo.

Zaraz w początku choroby lub dopiero po zmniejszeniu się wzdęcia i bolesności brzucha znajdujemy czasami wyraźnie zarysowujący się guz. wielkości od jaja kurzego do głowy noworodka, przechodzący w wyjątkowych razach w rozlane nacieczenie pod całą przednią ścianą brzucha. Guz ten na ucisk bolesny, twardy, gładki, o nieprawidłowych zarysach, bywa położony zwykle tuż pod ścianą brzucha i ściśle z nią spojony, nie poruszający się od ruchów oddechowych, w braku zrostów przesuwać się daje zlekka na boki i ku górze, ku dołowi —

wcale. Gdy wymiary guza zaczynają powiększać się, opuszcza się on niekiedy ku dołowi i może wówczas dochodzić do pachwiny. Wogóle położenie jego zależy od wysokości, na jakiej wycięto sieć, i od tego, czy pozostawiony kikut był wolny i mógł odejść ku górze, czy też unieruchomiony przyrostami.

W niewielkiem natężeniu sprawy zapalnej guz ten rozchodzi się po kilku — kilkunastu tygodniach, w cięższych przypadkach, mniej więcej w 50%, naciek przechodzi w ropienie. Niewielki ropień może uledz wchłonieniu, w przeciwnym razie toruje sobie ujście na zewnątrz po przez powłoki brzucha, znacznie rzadziej do kiszki lub pęcherza moczowego, a opróżnienie się ropnia stanowi pożądany przełom w przebiegu cierpienia. Niekiedy jednak przetoki, powstałe po przebiciu się ropnia nazewnątrz lub po nacięciu, nie goją się długi przeciąg czasu; ma to miejsce wtedy, gdy wydzielina opróżnia się niedostatecznie lub jedwabne podwiązki podtrzymują ropienie w głębi. W takich warunkach sprawa w sieci obostrza się od czasu do czasu, wracają bóle, wzdęcie brzucha, podniesienie ciepłoty, poczem znów wszystko przycicha na jakiś czas.

Z tego, co powiedziano wyżej o przebiegu pooperacyjnej postaci zapalenia sieci, łatwo wyciągnąć wnioski co do objawów postaci wtórnej. Ponieważ jednak cierpienie podstawowe występuje często na pierwszy plan w obrazie klinicznym, całokształt objawów przypomina już to zapalenie wyrostka robaczkowego, już to zapalenie przydatków, już to inne cierpienia. W wyjątkowych razach pierwotne ognisko może wygasnąć, gdy obostrzenia w sieci dają szereg objawów, jako to bóle, podniesioną ciepłotę, guz, wyczuwany w jamie brzusznej, zaparcie stolca. W przypadku Walthera u pacyentki z typowymi napadami zapalenia wyrostka robaczkowego znaleziono podczas operacyi sieć zgrubiałą, czerwoną, pokrytą rozszerzonemi naczyniami, przyrośniętą do wstępującej części kiszki grubej, która zdradzała cechy świeżego zapalenia, gdy wyrostek był blady, bez widocznych naczyń, ze staremi zmianami zapalnemi. Obostrzenia sprawy w sieci mogą występować nawet po wycięciu wyrostka i dają obraz mniej lub więcej zbliżony do napadów appendicitidis — takz wane „post-appendicite". Walther np. spostrzegał taki napad z dużem nacieczeniem w prawym dole biodrowym u pacyentki, u której przed dwoma laty usunięto wy-

rostek. Po otworzeniu jamy otrzewnej znaleziono czerwoną, zgrubiałą, ze sklerotycznemi zmianami sieć, przyrośniętą do kiszki ślepej i wstępującej części okrężnicy.

Przebieg wewnątrzotrzewnego zapalenia sieci wikłają czasem objawy niedrożności, ostre lub przewlekłe, mające za przyczynę zamknięcie albo zwężenie kiszki czy to zrostami, czy uciskającym z zewnątrz guzem zapalnym sieci. Czasami objawy występują gwałtownie, jak to miało miejsce w przypadku Déjardina: u 19-letniego mężczyzny, operowanego przed kilkoma miesiącami z powodu wolnej przepukliny i cierpiącego od 3-ch dni na ostrą niedrożność kiszek, znaleziono podczas operacyi kikut wyciętej sieci, przyrośnięty do przedniej ściany brzucha, a na nim okrakiem siedzącą pętlę jelita cienkiego. Częściej mamy do czynienia z mniej burzliwym obrazem klinicznym, niedrożność jelit ma charakter przewlekły lub podostry. Marion np. opisuje przebieg zapalenia sieci po operacyi przepukliny z mocnymi, napadowymi bólami w okolicy pępka, wzmagającymi się po każdem spożyciu pokarmów, z uporczywem zaparciem stolca, bez wymiotów i podniesienia ciepłoty. Pod powłokami prawie całej prawej połowy brzucha wyczuwało się twarde nacieczenie. Po zastosowaniu okładów rozgrzewających i pożywienia mlecznego, stan chorego znacznie poprawił się, każde jednak spożycie pokarmów wywoływało bóle, a w okolicy pępka, gdzie pozostawał niewielki guz, pacyent uczuwał zatrzymywanie się gazów i kału. Po 5 miesiącach bezowocnego wyczekiwania wykonano cięcie brzucha i przekonano się, ze guz był złożony z kikuta sieci, z pętli kiszki, końca wyrostka robaczkowego; pod nimi zaś był niewielki ropień. Uwolniono kiszkę, wycięto wyrostek, przesączkowano ropień, poczem pacyent wyzdrowiał.

Co się tyczy rozpoznania zapalenia sieci, to w pierwszej postaci—przepuklinowej—nie należy ono do trudnych. Odróżniać je trzeba przedewszystkiem od uwięźnienia, dalej,—od zapalenia gruczołów chłonnych lub od tłuszczaka tej okolicy. Ostrą postać, zwłaszcza w obecności objawów ze strony przewodu pokarmowego, nieraz niepodobna odróżnić od uwięźnienia i rozpoznanie robi się dopiero podczas operacyi przepukliny.

W rozpoznawaniu pooperacyjnej postaci zapalenia sieci ważną rolę odgrywa okoliczność, że pacyent przebył niedawno cięcie brzucha, tem bardziej — operacyą przepukliny. Pomimo to w nietypowym przebiegu określenie natury guza nastręcza duże trudności, zwłaszcza gdy przeciąg czasu od operacyi jest dość duży. Boeckel np. spostrzegał zjawienie się guza wielkości dwóch pięści w okolicy pępka, w 3 lata po herniotomii, towarzyszyły mu mdłości, brak apetytu, wkrótce przyszło wychudnięcie, w końcu charłactwo. Rozpoznano rak sieci. Po pięciu miesiącach guz pod wpływem wewnętrznego i zewnętrznego stosowania jodu zaczął zmniejszać się, a po 6 miesiącach znikł zupełnie i chory wyzdrowiał. Zdarzało się, że nawet podczas zabiegu, mając guz przed oczami, mylono się co do jego charakteru i, uważając za nowotwór, wycinano wraz z kiszką, obrośniętą guzem (Wieting-Riza).

Jeśli w obecności takiego guza mamy zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i znajdujemy w stolcach ropę ze krwią, trzeba mieć na uwadze, że w zapaleniu sieci odchodzenie przez kiszki ropy towarzyszy zwrotowi ku polepszeniu, gdy w przypadkach nowotworów objaw ten występuje w pełni rozwoju cierpienia. Gdy guz znajduje się w pobliżu pachwiny, przyjąć go można za psoitis, a wtedy o rozpoznaniu rozstrzyga przebieg cierpienia i zachowanie się kończyny dolnej. Prócz tego wspomnę, że guz zapalny sieci brano niekiedy za torbiel jajnika, guz śledziony, zapalenie przydatków lub wyrostka robaczkowego.

Odróżniając od innych cierpień sieci należy pamiętać o włókniako-tłuszczaku, bąblowcu i raku Ten ostatni może być wtórny w pierwotnym nowotworze żołądka, kiszki lub innych narządów, albo też pierwotny — częściej klejowaty i rdzeniowaty, w postaci rozrzuconych w sieci guzików, rzadziej skir, zamieniający sieć na grube, twarde, nierówne pasmo, idące wzdłuż dużej krzywizny żołądka, z odchodzącymi ku dołowi wyrostkami. Obecność krwawego wysięku w jamie brzucha rozstrzyga rozpoznanie na korzyść raka.

Gruźlica sieci daje zwykle nie jeden rozlany naciek, a dużo mniejszych lub większych guzików i towarzyszą jej po większej części zmiany w innych narządach.

Rokowanie w zapaleniu sieci, pomimo groźnych nieraz

objawów i długotrwałego przebiegu, naogół bywa pomyślne. Szczególnie da się to powiedzieć o postaci przepuklinowej, gdzie sprawa zapalna jest bardziej ograniczona i nawet w razie ropienia łatwo zapobiedz wczesnem nacięciem przejściu na otrzewną. To ostatnie powikłanie z zejściem śmiertelnem widziano dwa razy: Ledran i Mac-Farlane, w ostatnich jednak latach przypadki te nie mają sobie podobnych.

Nieco mniej pomyślne bywa rokowanie w wewnątrzotrzewnej postaci, zwłaszcza w pooperacyjnem cierpieniu sieci. W połowie przypadków dochodzi do ropienia w guzie zapalnym, a choć ropa ma większą skłonność do torowania sobie drogi nazewnątrz, niż w głab jamy brzusznej, choć łatwość tworzenia się oklein zabezpiecza doskonale wolną jamę otrzewnej od zakażenia, to jednak dwa razy widziano i śmiertelne zejście na skutek ogólnego zapalenia otrzewnej. Tworzenie się zrostów też pogarsza rokowanie, bo jakkolwiek właściwie leczona niedrożność kiszek kończy się zwykle pomyślnie, przedłuża to w każdym razie trwanie cierpienia, wymaga zazwyczaj poważnego zabiegu chirurgicznego, a raz nawet opisano z tego powodu zejście śmiertelne.

We wtórnem wreszcie zapaleniu sieci ropienie spotykamy rzadziej, a przebieg naogół bywa mniej burzliwy, niż w postaci pooperacyjnej, stąd i rokowanie pomyślniejsze, o ile nie pogarsza go cierpienie podstawowe.

Z tego, co powiedziałem o przyczynach tego cierpienia, łatwo wnioskować o środkach zapobiegawczych. Odnośnie pierwszej postaci polegają one na doszczętnem operowaniu przepuklin, a gdyby ono było przeciwwskazane, na zaleceniu dobrze dostosowanego pasa, nakładanego po odprowadzeniu całej zawartości worka przepuklinowego. Dla zapobiegania pooperacyjnemu zapaleniu sieci zaleca się zastąpienie jedwabnych podwiązek — struną, jako materyałem wchłanialnym. Usuwając chory odcinek sieci należy podwiązywać już w zdrowych tkankach; w dodatku nie en masse, lecz częściowo, a nawet za radą Hartmanna uprzednio zmiażdżyć sieć w tem miejscu, poczem podwiązać pozostały cienki pęczek naczyń albo też chwytać kleszczykami poszczególne krwawiące naczynia i każde zosobna podwiązywać. Pozatem, wycinanie sieci ograniczyć należy do wypadków koniecznych ze względu na znaczenie, jakie posiada

ona tak w prawidłowych, jak i chorobowych warunkach. Doniedawna istniało przypuszczenie, że sieć sprzyja tworzeniu się przepuklin, że wślizgując się do kanału, rozpycha go i wciąga za sobą kiszkę. To też niektórzy chirurdzy nie tylko stale obcinali sieć, znajdowaną w przepuklinie, ale nawet w tym celu szukali jej w jamie brzusznej kleszczykami, wprowadzonymi przez wrota.

Postępowanie takie obecnie zupełnie zarzucono. Oszczędzanie sieci, wreszcie, zaleca się ze względu na zaburzenia, spostrzegane po rozleglejszych jej wycięciach; v. Eiselsberg np. na 7 przypadków pooperacyjnych krwawień żołądkowo-kiszkowych w 4-ch stwierdził jako przyczynę podwiązanie sieci: wywołało ono zakrzepy w jej naczyniach, stąd zatory w ścianie żołądka i dwunastnicy i owrzodzenia śluzówki. Friedrich w 3-ch przypadkach podwiązania sieci podczas operacyi przepukliny widział żółtaczkę w przebiegu pooperacyjnym, a u morskich świnek udało mu się wywołać tą drogą wieloogniskową zgorzel w wątrobie na skutek licznych zatorów. Gdy miejsce podwiązania sieci znajdowało się w pobliżu tętn. sieciowej (art. epiploicae), tworzyły się w żołądku zwierzęcia owrzodzenia.

Co się tyczy leczenia, to w przepuklinowem zapaleniu sieci bywa ono najczęściej operacyjne. Bezwzględnie stosuje się to do ropienia w sieci, które wymaga nacięcia, gdy w ostrem naciekowem zapaleniu narazie lepiej stosować leczenie zachowawcze, polegające na spokoju i okładach rozgrzewających, a po uspokojeniu się ostrych objawów—przystąpić do doszczętnej operacyi przepukliny z wycięciem chorego odcinka sieci, by uprzedzić możliwe nawroty albo i uwięźnienie. Niekiedy do zabiegu zmuszają zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, jakie towarzyszą przewlekłej postaci: bóle, wymioty, zaparcie stolca. W wyjątkowych razach nawet w ostrej naciekowej postaci, gdy jej towarzyszą wymioty, bóle brzucha, zatrzymanie wiatrów i stolca, przystąpić wypada nie zwlekając do operacyi przepukliny wobec trudności, jaką nastręcza odróżnienie tego cierpienia od uwięźnienia przepukliny.

W zapaleniu sieci pooperacyjnem po większej części stosowano z dobrym wynikiem leczenie zachowawcze. Nawet bardzo rozległe guzy, sięgające od podżebrza do więzu Pouparta, rozchodziły się w ciągu kilku tygodni po odpowiedniem po-

żywieniu, spokoju, okładach rozgrzewających. Stosowano również z dobrym skutkiem ciepłe kąpiele, suche wanny elektryczne, jodek potasu do wewnątrz, maść jodową lub szaruchę miejscowo, a zamiast okładów rozgrzewających dawano czasami worek z lodem na brzuch. W ciężkich przypadkach trzeba było stosować narkotyki, środki podniecające, w zaparciach stolca — wlewania lub lekkie środki czyszczące.

Gdy pomimo odpowiedniego leczenia guz powiększa się i staje się bardziej bolesny, gdy z ruchomego staje się nieruchomy, zaś chory wciąż gorączkuje, miewa dreszcze, zaburzenia żołądkowo-kiszkowe trwają, możemy przypuścić ropienie w sieci, co wymaga nacięcia i usunięcia ropy. Ponieważ guz zwykle bywa przyrośnięty do przedniej ściany brzucha, prowadzimy cięcie ponad nim przez powłoki w miejscu największej bolesności lub wyczuwanego chełbotania. O ile nie znaleźliśmy ropnia pod powłokami, szukamy go w sieci, nacinając ją czasem w kilku miejscach, co musi być robione ostrożnie ze względu na możliwość zranienia kiszki. Niekiedy dla lepszego rozejrzenia się trzeba otworzyć wolną jamę otrzewną i stąd dopiero iść szukać ropnia w sieci.

Do ropienia dochodzi mniej więcej w 50% przypadków, w części jednak ropień otwiera się samoistnie. Powstałe w ten sposób przetoki goją się niekiedy bardzo długo, czy to dla pozostających w głębi podwiązek jedwabnych, podtrzymujących ropienie, czy też dla niedostatecznego opróżnienia się ropnia. Zmusza to do wykonania zabiegu, polegającego na rozszerzeniu przetoki ,albo na dotarciu do punktu wyjścia ropienia i usunięciu nitek jedwabnych.

Z jakiemi nieraz trudnościami bywa połączony taki zabieg, pokazuje spostrzeżenie Morestina, dotyczące 69-letniej chorej, u której wkrótce po zoperowaniu przepukliny, z powodu uwięźnienia przepukliny pępkowej, otworzył się w tej okolicy ropień, a przez kilka miesięcy następnych utrzymywała się ropiejąca przetoka. Ponieważ samo rozszerzenie przetoki stanu nie poprawiło, a wprowadzony zgłębnik szedł na 8 — 9 ctm. już wewnątrz jamy otrzewnej, wykonano laparotomię i przekonano się, że przetoka idzie przez guz wielkości pięści, przyrośnięty do przedniej ściany brzusznej, a zlany z wielką krzywizną żołądka i poprzecznicą tak, że niepodobna określić gra-

nicy. Po rozcięciu całego kanału dotarto w głębi do położonej między poprzecznicą a żołądkiem jamy, w której ścianach znaleziono kilka nitek jedwabnych. Guz, utworzony przez sieć, wycięto, położoną zaś w głębi jamę, której ścian nie można było usunąć bez częściowego wycięcia żołądka i poprzecznicy, wszyto w ranę i wypełniono gazą. Pacyentka wyzdrowiała.

Prócz ropienia wskazaniem do zabiegu w tej postaci zapalenia sieci bywa ostra lub przewlekła niedrożność kiszek. Czasami wystarcza przeciąć parę zrostów, by usunąć przeszkodę, kiedyindziej, gdy guz ściśle przylega do kiszki lub obrasta ją, uciekać się trzeba do wykonania zespolenia kiszek.

Naogół leczenie operacyjne stosowano zaledwie w połowie ogłoszonych spostrzeżeń, a w tej liczbie są przypadki, w których zabieg nie był konieczny, przedsiębrano go jedynie z powodu fałszywego lub niepewnego rozpoznania, albo z przyczyny źle robionych wskazań. Dopóki istota i przebieg tego cierpienia nie były dokładniej znane chirurgom, zapalny guz sieci traktowano jak nowotwór i Reynier np. we włóknistej postaci otwierał jamę brzuszną i usuwał doszczętnie guz Później, gdy przekonano się, że nawet duże twory tego rodzaju poddają się leczeniu zachowawczemu, do zabiegu przystępowano na zasadzie właściwych wskazań, czasami jednak mylono się co do obecności ropienia w sieci, rozpoznając je tam, gdzie go nie było. Pomyłki te zdarzają się obecnie rzadziej; wobec tego liczba przypadków, leczonych operacyjnie, została w ostatnich latach zmniejszona.

Leczenie wtórnej postaci zapalenia sieci bywa zależne przedewszystkiem od leczenia cierpienia podstawowego. Gdy mamy do czynienia z zapaleniem wyrostka robaczkowego, to wycinając wyrostek należy usunąć i chorą sieć, a Walther radzi nawet nie poprzestawać na obejrzeniu najbliższego otoczenia wyrostka, lecz przekonać się, czy gdzieś dalej, np. wzdłuż wstępującej części okrężnicy, nie przyrosła chora sieć. Na zasadzie swoich spostrzeżeń, zwraca on uwagę na to, że zmieniona wtórnie sieć może nie przylegać bezpośrednio do wyrostka, że niekiedy widzimy ją przyrośniętą do jelit cienkich lub do okrężnicy, że pozostawienie jej naraża chorego na powtórzenie się obostrzeń, na tak zwane „post-appendicite“ lub

na zaburzenia ze strony przewodu żołądkowo-kiszkowego z powodu przyrostów sieci, co wymaga nieraz powtórnej operacyi.

Gdy podstawowe cierpienie ustąpiło, a zapalenie sieci ma charakter jakby samoistny, rozpoznanie bywa nieraz bardzo utrudnione. Guz brano za ropień lub nowotwór, i dlatego nieraz wykonano zabieg niepotrzebnie. Hadra np. u pacyentki, która przebyła wycięcie przydatków macicy i w następstwie tego zapalenie otrzewnej, po upływie roku znalazł niewielki guz w lewem przymaciczu, powodujący mocne bóle. Ponieważ rozpoznanie wahało się między ropniem a zrostami, wykonano cięcie brzucha i znaleziono zgrubiałą, przyrośniętą do kikuta na macicy sieć, którą po podwiązaniu odcięto.

Dla zobrazowania tego, co powiedziałem o zapaleniu sieci, przytoczę historyę choroby pacyenta, spostrzeganego przeze mnie w oddziale d-ra Sawickiego.

32-letni W. M., inżynier, w ciągu 1½ roku przed zapisaniem się do szpitala przebył 5 napadów zapalenia wyrostka robaczkowego z podniesioną ciepłotą, z mocnymi bólami w prawym dole biodrowym, bez wyraźnego nacieczenia w tej okolicy. Pacyent wysokiego wzrostu, dobrze zbudowany, odżywiony doskonale. Badanie w przeddzień operacyi nie wykazało nic nieprawidłowego w narządach klatki piersiowej i jamy brzusznej ani w moczu, prawy dół biodrowy na ucisk niebolesny. 21/VII 1907 wykonano w uśpieniu chloroformowem wycięcie wyrostka robaczkowego. Cięciem Jalaguiera otworzono jamę otrzewnej i znaleziono wyrostek robaczkowy nieprzyrośnięty, długości 8 ctm., gruby, twardy, z nacieczonemi ścianami, pośrodku swej długości przegięty i przewężony. Krezka w tem miejscu była skrócona w następstwie zwyrodnienia bliznowego. Po zmiażdżeniu, podwiązaniu i odpaleniu wyrostka żegadłem, obszyto pozostały kikut szwem kapciuchowym i po nad tem — szeregiem szwów węzełkowych z jedwabiu. Jamę brzuszną zaszyto całkowicie 3 piętrami szwów: struną — głębokie warstwy, silk-worm'em — skórę.

Jak wykazało badanie mikroskopowe usuniętego wyrostka rob., błona śluzowa zdradzała cechy zapalenia przewlekłego: mieszki chłonne powiększone, w tkance międzygruczołowej widać nacieczenie zapalne, obfituje ona w komórki eozynofilowe; liczba gruczołów zmniejszona; w warstwie podśluzowej znajdujemy wysepki tkanki tłuszczowej, wskazujące na częściowy zanik tej ostatniej. W świetle wyrostka znaleziono parę kropel ropy.

Stan chorego po operacyi na razie był pomyślny, bezgorączkowy. Po czterech dniach po raz pierwszy zmieniono opatrunek i znaleziono zaczerwienienie i obrzmienie skóry obok szwów. Wyciśnięto parę kropel ropy. Po upływie tygodnia szwy usunięto, brzegi rany zrosły się w górnej połowie, w dolnej zaś rozeszły się w dwóch miejscach. Powstałe w ten sposób dwa niewielkie otwory prowadzą wgłąb ściany brzusznej i wydzielają

sporą ilość ropy. Stan bezgorączkowy. W ciągu następnych paru tygodni ropienie było uporczywe pomimo codziennego opatrywania i traktowania rany jodyną i jodoformem. Po upływie 2 tygodni od operacyi chory zaczął gorączkować—ciepłota nie przekraczała 37.5^0 — i po 4 tygodniowym pobycie w szpitalu opuścił oddział w stanie podgorączkowym, z dwiema niewielkiemi przetokami, idącemi wgłąb ściany brzusznej na 5 — 6 ctm., nie doznając zresztą żadnych dolegliwości. W domu pacyent leczył się przez miesiąc, i przez ten czas przetoki zwężały się trochę, wydzielały jednak stale niewielką ilość ropy. Przetoka wyżej położona szła pod skórą na 6 ctm., dolna — wgłąb, obie pozostawały wgłębi w łączności ze sobą. Obmacywanie brzucha wykrywało wgłębi niezbyt rozległe nacieczenie, otaczające otwory przetok. Jak dawniej, stan podgorączkowy; brak łaknienia, niewielkie osłabienie, na dłużej pacyent nie opuszcza łóżka. Ze strony przewodu pokarmowego nie tylko nie miał żadnych zaburzeń, ale nawet znikły od czasu operacyi uporczywe zaparcia stolca, jakie miewał przedtem. W takim stanie pacyent przybył ponownie do szpitala dla rozszerzenia przetok i usunięcia przyczyny, podtrzymującej ropienie. Dnia 14/IX 1807 w uśpieniu chloroformowem wyskrobano łyżką przetoki, otworzono górną i przekonano się, że kończy się ona ślepo w powłokach brzusznych; ściany jej wycięto. Idąc przez głębiej położone warstwy mocnej blizny pooperacyjnej, po odsunięciu mięśnia prostego prawego ku linii pośrodkowej, dotarto do jamy otrzewnej, którą otworzono po uprzedniem ułożeniu pacyenta w położeniu Trendelenburga. Sieć dużym odcinkiem przyrośnięta była w dole biodrowym prawym; część jej podwiązano i odcięto. Po zabezpieczeniu trzew w górnej połowie rany, cięcie przedłużono ku dołowi, otwierając dolną przetokę, która prowadziła wgłąb ku miednicy. Rozszerzywszy brzegi rany, przekonano się, że drugi odcinek sieci umocowany był w dole biodrowym tuż poniżej końca przetoki i tu tworzył guz nacieczony, twardy, wielkości moreli. Guz ten oddzielono, sieć ponad nim podwiązano i przecięto. W wyciętym odcinku znaleziono miejscami stare zmiany zapalne, miejscami zaś świeże nacieczenie; ropnia nigdzie nie było. Teraz cały dół biodrowy stał otworem Kiszka ślepa była zupełnie wolna od przyrostów, na miejscu usuniętego wyrostka widniała cienka, niewielka blizna. Oglądając dokładnie ze wszystkich stron kiszkę ślepą, którą wyciągnąć nazewnątrz było niepodobna, naddarto na niej otrzewnę, wskutek czego wypadło nałożyć kilka szwów z jedwabiu. W końcu włożono do jamy otrzewnej dwa pasy gazy, które wyprowadzono przez dolny kąt rany, górną zaś jej część zaszyto szwem 3-piętrowym.

Pierwsze trzy dni po operacyi stan pacyenta był dość pomyślny, choć ciepłota podniosła się o parę dziesiątych stopnia: przed operacyą trzymała się wieczorami bliżej 37^0, teraz — bliżej 38^0. Czwartego dnia — 19/IX usunięto z jamy brzusznej obropiały pas gazy i włożono świeży. Dokoła rany chory uczuwał pewną bolesność. Cw. 38,1^0.

Nazajutrz cr. 37,1^0, okolica rany wciąż bolesna, w miejscu tem zaczęło wytwarzać się nacieczenie, zajmujące głębokie warstwy powłok brzusznych, szczególnie w prawej połowie zaszytej rany. Wobec tego usunięto parę szwów ze skóry i z mięśni i ranę rozpruto, ropy jednak nie udało się

znaleźć. Opatrunek z płynu Burowa pod ceratą. Cw. 38,3°. Przez parę dni następnych stan chorego pogorszył się jeszcze bardziej: ciepłota podniosła się o parę dziesiątych stopnia, powiększyły się bolesne, twarde nacieczenia w ścianie brzucha obok rany, szczególnie z prawej strony, ropy jednak znikąd wycisnąć nie udawało się, pomimo rozpuszczenia paru szwów. Powierzchnia rany była szara, z nieobfitą wydzieliną. Stosowano stale opatrunek z płynem Burowa pod ceratą.

24/IX. Ciepłota z rana 38,1°. Wystąpiły wymioty, przyśpieszenie tętna (120 na 1'), bezsenność. Brzuch nie wzdęty, nie bolesny na ucisk, rana pokryta szaro-żółtym nalotem, w brzegach jej utrzymuje się dość bolesne, twarde nacieczenie na 2 — 3 palce szerokości. Rozdzierając tkanki zgłębnikiem, znaleziono pod skórą niewielki ropień. Opatr. z pł. Burowa półnapół ze spir. kamforowym pod ceratą. Cw. 38,3°. Przez parę dni następnych wymioty nie powtarzały się, nacieczenie w prawym brzegu zaczęło stopniowo zmniejszać się, z lewej zaś strony powiększało się stale. W tym czasie idąc na tępo poprzez tkanki w lewej wardze rany znaleziono w głębszych warstwach powłok szare, zgorzelinowe ognisko, wielkości orzecha laskowego, a wkrótce potem drugie takie samo ognisko z dwiema leżącemi w niem nitkami struny. Na dnie szarej suchej rany widać strzępy obumarłych tkanek, położonych dość głęboko — widocznie już w jamie brzusznej. Ciepłota trzyma się prawie wciąż wyżej 38°. 29/IX w nocy pacyent miał 6 płynnych wypróżnień, a 30/IX prócz rozwolnienia wystąpiły mocne bóle brzucha i wymioty. Ciepłota bez zmiany. Brzuch nie wzdęty, na ucisk nie wrażliwy; dość bolesne, twarde nacieczenia na prawo i na lewo od rany, większe z lewej strony. W miejscu tem powierzchowna część powłok słabiej nacieczona; natomiast wgłębi wyczuwamy twarde, umiarkowanie bolesne nacieczenie pod postacią guza. Najwyraźniej wyczuwa go się na wysokości górnej połowy rany, i tu szerokość jego wynosi mniej więcej 3 palce poprzeczne. Leży on głęboko, znaczną częścią prawdopodobnie w jamie otrzewnej Rana zaczyna ożywiać się, na dnie widać zgorzelinową tkankę. Chory dostaje opium (z salep), miejscowo stale opatrunek z płynu Burowa pól na pól ze spir. kamforowym pod ceratą Cw. 39,1°.

Następnych dni chory mniej gorączkował — wahania od 37,1°—38,0° — i wymioty ustąpiły, rozwolnienie jednak było bez zmiany, po 6 — 8 stolców dziennie, bóle trwały. Rozsuwając zgłębnikiem tkanki na dnie rany, otworzono ropień, położony głęboko, prawdopodobnie w jamie otrzewnej.

Przez następny tydzień stan pacyenta zaczął poprawiać się: rozwolnienie i bóle zupełnie ustąpiły, ciepłota trzymała się niżej 38°, pacyent zaczął dobrze jeść i spać, rana nieźle ziarninowała. Pomimo to z otworu na dnie jej prowadzącego do opróżnionego niedawno ropnia, wyciekało stale trochę ropy, a nacieczenia pozostawały bez zmiany. 14/IX Znów wróciły wymioty i bóle brzucha, nacieczenia powiększyły sie trochę. Nazajutrz ciepłota podniosła się do 38,3°, a po dwóch dniach pauzy powtórzyły się bóle, wystąpiło rozwolnienie. 18/X ciepłota dosięgła 38,7°, rozwolnienie trwało. 19/X przy ciepłocie 38,2 znów wymioty i bóle, które nazajutrz uspokoiły się. Przez parę dni następnych pacyent miał jeszcze po parę stolców, stan podgorączkowy. 24, 25 i 26/X ciepłota znów podnosi się wieczorami do 38,1°,

chory wymiotuje i miewa bóle brzucha. Następnych dni zaburzenia żołądkowo-kiszkowe nie powtarzają się więcej, stan podgorączkowy, widać poprawę samopoczucia chorego, jakkolwiek z głębi rany wciąż wycieka trochę ropy, a naciek pozostaje bez zmiany. 30, 31/X i 1/XI zanotowano znów podniesienie się ciepłoty wieczorami do 38,1^0 — 38,2^0, tym razem bez bólów, wymiotów i rozwolnienia. Począwszy od 28/X prócz opatrunków z płynu Burowa pod ceratą zaczęto stosować suche wanny elektryczne, codziennie przez 15—30 minut. Wkrótce potem zauważono szybkie zmniejszenie się nacieków po obu stronach rany. Ciepłota po ostatniem podniesieniu się (dnia 30, 31/X i 1/XI) zaczęła obniżać się stopniowo, idąca wgłąb przetoka zamknęła się wkrótce, rana wypełniła się, pacyent wracał do sił — tak, że 28/XI wypisał się ze szpitala z niewielką ziarninującą powierzchnią, z nieznacznem nacieczeniem wgłębi, bez żadnych dolegliwości, w dobrym stanie ogólnym. Rana wkrótce zagoiła się i pacyent wrócił do zdrowia.

Zapalenie sieci w pierwszej połowie opisanego cierpienia, choć wystąpiło po operacyi, zaliczyć musimy do wtórnych cierpień, nie zaś do typu zapaleń sieci pooperacyjnych, gdyż podczas zabiegu sieci nie rezekowano, a nawet wcale nie widziano. Cierpieniem pierwotnem w naszym przypadku było, według wszelkiego prawdopodobieństwa, ropienie w ścianie brzusznej, które spowodowało przyklejenie się sieci w dole biodrowym i wytworzenie się w niej zapalenia. Sprawy wyrostkowej nie możemy uważać za przyczynę zmian w sieci, gdyż te ostatnie wystąpiły już po usunięciu wyrostka, na co wskazuje znalezienie przyrostów sieci dopiero podczas drugiej operacyi, gdy podczas pierwszej ich nie było.

W drugiej połowie choroby mieliśmy do czynienia też z zapaleniem sieci, na korzyść czego przemawiał wyczuwany pod powłokami brzusznemi naciek, otwierane na dnie jamy rany ropnie, położone, o ile można było sądzić, już w jamie otrzewnej, wreszcie — zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego.

Ponieważ obok zapalenia sieci mieliśmy i tym razem sprawę zakaźną w ścianie brzusznej, i teraz więc możnaby przypuścić wtórną postać cierpienia sieci, choć trudno wyłączyć możliwość innej przyczyny: 1^0 podczas drugiej laparotomii wycięto kawałek już chorej sieci i pozostały kikut, pomimo, że nie zdradzał zmian makroskopowych, mógł zawierać drobnoustroje, 2^0 wobec świeżo przebytego przez powłoki brzuszne ropienia i niegojących się przetok operowano, otwierając jamę otrzewnej, w tkankach zakażonych, to też zakażenie łatwo mo-

gło być przeniesione na kikut sieci bądź ręką chirurga, bądź narzędziem, bądź wreszcie podwiązką.

Co się tyczy leczenia, jakie stosowano w naszym przypadku, to w pierwszej połowie cierpienia miało ono na celu tylko zwalczanie ropienia w powłokach brzusznych, gdyż zapalenia sieci nie rozpoznano wcale dla mało wybitnych objawów. Natomiast w drugiej połowie stosowano stale wilgotne opatrunki pod ceratą, od czego poprawiał się stan rany, zmniejszała się bolesność, naciek jednak długi czas pozostawał bez zmiany. Dopiero po zastosowaniu suchych kąpieli elektrycznych zauważono szybkie zmniejszanie się nacieku, zastrzedz się jednak musimy, że jeszcze przed zastosowaniem tego środka zauważyć się dawał w przebiegu cierpienia pewien zwrot ku poprawie.

PIŚMIENNICTWO.

Bazy. „Epiploon enflammé“. Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris. 1900. str 823.

Braun. „Ueber entzündliche Geschwülste des Netzes”. Archiv. f. Klin. Chir. 1901. Bd. LXIII.

Dubos. „Epiploïtes consécutives à la cure radicale das hernies”. Thèse de Paris. 1905.

v. Eiselsberg. „Ueber Magen-und Duodenalblutungen nach operationem“. Centralblatt f. Chir. 1899. str. 95 (sprawozdanie ze zjazdu chirurgów niemieckich).

Friedrich. Zur Chir. Path. des Netzes und Mesenterium”. v. Langenbeck's Archiv. 1900. Bd. LXI.

Heusner. „Ueber die physiologische Bedeutung des grossen Netzes”. Münch. med. Woch. 1905 № 24.

Leroy. „Les épiploïtes”. Archives générales de Chirurgie. 1907. №№ 2 i 3.

Lucas-Championnière. „Présentation d'une pièce relative a une epiploïte chir. etc.“. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1895. str. 195. cyt. według Brauna.

Mauclaire. „Epiploïte”. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1906. str. 302.

Monod. „Obstruction partielle de l'intestin (côlon transverse) par bride d'origine épiploïque etc)”. Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris. 1899. № 25.

Morestin. Epiploïte consécutive aux operations de hernie”. Gaz. d Hôp. 1900. №№ 134 i 136.

Nimier. „Des epiploïtes dans l'appendicite". Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris 1900 str. 131.

Oderfeld. Pokaz chorego z zapaleniem sieci. Sprawozdanie z posiedz. Chir. Tow. Lek. Warsz. 10/IX. 1907.

de Renzi und Boeri. „Das Netz, als Schutzorgan". Berlin. Klin. Woch. 1903. № 39.

Schnitzler. „Ueber Epiploïtis im Anschluss an Operationen". Wien. Klin. Rund. 1900 cyt. według Brauna.

Schnitzler. „Beitrag zur Kenntnis der latenten Mikroorganizmen". Arch. f. Klin. Chir. 1899. Bd. LIX.

Pantzer. „Multiple abscesses of the omentum". Ref. w. Centr. f. Chir. 1905. str. 291.

Schieferdecker. „Ueber einen Fall von rudiment. Netz und über Bedeutung des Netzes". Deutsch. med. Woch. 1906. № 25.

Walther. „Epiploïte". Bull. et mém. de la Soc. de Chir. de Paris.
[1905 str. 274, 356, 396, 510.
[1906 st. 58.
„ „ Revue de Chir. 1907 str. 218.

Wieting und Risa. „Ein Fall von Epiploïtis plastica". Ref. w Centr. f. Chir. 1904 str. 1309.

Lederer. „Ueber Epiploïtis" Streszczenie zbiorowe w Centr. f. Grenzgebiet. v. 1909. 22/I i 17/VI.

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

SZEW NACZYŃ KRWIONOŚNYCH.

podał

FELIKS SMUŻYŃSKI.

Postępując naprzód po drodze pełnej zawodów i tryumfów, chirurgja nie przestaje obejmować w swoje posiadanie wciąż nowych obszarów. Jedną z ostatnich zdobyczy jest szew naczyń. Myśl o tem zabiegu, zrodzona w umyśle Lamberta w drugiej połowie XVIII wieku, potrzebowała więcej niż stu lat, aby stać się rzeczywistością. Ten przeciąg czasu dostatecznie świadczy, jak wielką jest zdobycz; stała się ona jednak możliwą do osiągnięcia tylko dzięki postępowi w innych działach chirurgii, a przeważnie dzięki rozwojowi aseptyki. Rany naczyń krwionośnych pociągały za sobą fatalne dla narządów skutki; umiano zatrzymywać krwotok i uniknąć znacznej utraty krwi, względnie—śmierci chorego, lecz skutki—utrata narządu dla organizmu—występowały z nieubłaganą koniecznością. Wyjątki stanowiły tylko te nieliczne przypadki, w których miało czas rozwinąć się krążenie krwi oboczne; w większości jednak przypadków nie pozostawało chirurgowi nic innego, jak oczekiwanie z założonemi rękami, dopoki nie wytworzyła się granica, wykazująca rozmiary uszkodzenia, lub też niezwłoczne przystąpienie do usunięcia narządu. Nic dziwnego, że w ostatnich dziesięcioleciach zeszłego wieku skierowano wszystkie wysiłki ku temu, by wydobyć się z tak trudnego położenia. Nie od rzeczy będzie wskazać drogę przebytą, jak również przypomnieć imiona pracowników, którzy przyczynili się do zdobycia tego nowego posterunku.

Na przeszkodzie rozwojowi szwu naczyń krwionośnych stały poglądy anatomo-patologiczne, że skrzep jest konieczny w gojeniu się ran naczyń krw., ponieważ włóknik (Henle), albo

białe ciałka krwi (Virchow) dają początek nowotworzącej się tkance bliznowej. Zdania Rokitanskyego, Notta, Reinhardta, że może nastąpić bezpośredni zrost ścian naczynia krw. bez skrzepliny (thrombus), nie mogły obalić powagi Virchowa. Lister, podwiązując tętnicę szyjną zewnętrzną u koni, dowiódł, że może nastąpić bezpośredni zrost ścian naczynia bez skrzepliny. Riedel, Baumgarten i v. Raab potwierdzili wyniki Listera. Powstały dwie partje chirurgów; jedni, jak Wattman, v. Walther, Bérard, Richet, Hüter twierdzili, że rana naczynia może zagoić się z zachowaniem światła, drudzy, jak Langenbeck i Pirogoff, byli przeciwnego zdania. Dopiero późniejsze doświadczenia rozstrzygnęły spór na korzyść pierwszego poglądu, i usunęły tę poważną przeszkodę na drodze rozwoju szwu i zachowawczego leczenia ran naczyń. Oprócz tego wysuwano i inne nie mniej poważne zarzuty. Twierdzono, że szew nie będzie w stanie wytrzymać znacznego, szczególniej w większych tętnicach, ciśnienia krwi; że z miejsc ukłuć stale będzie odbywało się krwawienie; że na miejscu szwu wytworzy się tętniak; że nitka, jako ciało obce, drażniąc ścianę naczynia i wystając do światła, powoduje zaburzenia w krążeniu i wytwarzanie się skrzepliny. Z postępem w rozwoju sprawy argumenty te straciły swoje znaczenie, ponieważ szereg doświadczeń wykazał ich bezpodstawność.

Pierwszy znany przypadek połączenia za pomocą szwu brzegów bocznej rany tętnicy w człowieka przypada na rok 1759. Angielski chirurg Hallowel, wykonując cięcie żyły, zranił tętnicę ramienną: chcąc zatamować krwotok, obnażył tętnicę, przekłuł prostą cienką igłą ściany naczynia tuż przy ranie i, okręcając nitkę dookoła końców igły, zbliżył brzegi rany; krwotok ustał. Tętno na tętn. ramiennej po zabiegu było cokolwiek słabsze; po czterech tygodniach tętnica ta tętniła dość silnie i lekarze nie mieli wątpliwości co do swobodnego obiegu krwi w miejscu zranienia. Myśl połączenia brzegów rany tętnicy w ten sposób, jak brzegów każdej rany, powstała jednak nie w umyśle Hallowela, a Lamberta, chirurga z Newcastle upon Tyne, pod wpływem przypadku, w którym po podwiązaniu dużej tętnicy wystąpiła zgorzel kończyny. Lambert nie miał sposobności wprowadzenia w czyn swej myśli, podzielił się nią jednak ze swymi kolegami, z których właśnie wykonał ją Hal-

lowel. Zachęcony wynikiem pisał Lambert do Huntera: „if it should be found by experience, that a large artery, when wounded, may be healped up by this kind of suture, without be coming impervious, it would be an important Discovery in surgery“. (Jeżeliby udało się na drodze doświadczalnej dowieść, że rana dużej tętnicy może być zagojona przez tego rodzaju szew z zachowaniem światła, byłoby to nadzwyczajne odkrycie w chirurgji). Lambert w 1762 roku wykonał kilka udatnych doświadczeń na koniach. Następnie Assman w 1773 roku, wybrawszy sobie jako temat do rozprawy szew naczyń, zrobił cztery doświadczenia na zwierzętach. Pomimo że wykonane przezeń doświadczenia były, jak sam pisze, „summa cum prudentia instituta“, otrzymał jednak wynik ujemny. Opierając się na tych doświadczeniach, Assman orzekł, że szew mniej jest wart, niż podwiązka, ponieważ mniej pewnie wstrzymuje krwotok, a również, jak i ona, sprowadza zarośnięcie światła naczynia. Orzeczenie Assmana pogrzebało sprawę więcej, niż na przeciąg lat stu. Przeciwko możliwości szwu naczyniowego wypowiedzieli się nawet tacy chirurdzy, jak Velpeau, Langenbeck i Heineke. Dopiero Gluck podniósł na nowo sprawę, przedstawiając w 1882 roku na XI Zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie zagojoną ranę tętn. biodrowej wspólnej u psa przez zbliżenie brzegów za pomocą kleszczyków. Kleszczyki z kości słoniowej posiadały dwie wygięte płytki—jedną z dziurkami, a drugą z igiełkami; od nich odchodziły ku górze ramiona, na końcach połączone zawiasą; w miejscu odejścia ramion znajdowała się śruba, za pomocą której zbliżano płytki. Szwy, które Gluck próbował nakładać w 19 przypadkach, przerzynały. Podjęte następnie doświadczenia przez Postempskyego i Horocha nie dały wprawdzie dodatnich wyników, zmieniły jednak pogląd Assmana. Uznano, że chociaż szew naczynia pociąga za sobą zarośnięcie jego światła, daje jednak czas do wytworzenia się obocznego krążenia. Orzeczenie to dawało już zabiegowi pewne prawa obywatelstwa w chirurgii; potrzeba było tylko czasu, by jak w innych dziedzinach zjawił się wybitny badacz i sprawę popchnął naprzód. Zasługa ta przypadła w udziale Jassinowskiemu, który w 1889 roku wykonał szereg doświadczeń. Zeszył mianowicie w 25 doświadczeniach 9 razy t. szyjną i 3 razy aortę brzuszną u psa, 9 razy t. szyjną i 2 ra-

zy aortę brzuszną u cieląt, 3 razy t. szyjną u koni. Zmarły 3 psy wskutek usypiania i ropienia; w ścianie aorty u cielęcia znalazł raz duży ropień, światło jednak po 30 dniach było wolne od skrzepu; w 4 nieudanych doświadczeniach nie wystąpił jednak ani razu wtórny krwotok i nie wytworzył się tętniak. Zeszyte naczynia badał w czasie od 1 godziny do stu dni po zabiegu. Szew jedwabny węzełkowy przechodził przez błonę zewnętrzną i środkową naczynia, co stanowiło, według Jassinowskiego, konieczny warunek dobrego wyniku. Zachowanie zasad aseptyki i gładkie brzegi rany w znacznym stopniu sprzyjały dobremu wynikowi. Jassinowski zaleca stosować szew tylko w przypadku ran częściowych — kłutych, ciętych, płatowych, podłużnych, skośnych lub poprzecznych — nie przekraczających połowy grubosci naczynia. Wyniki doświadczeń Jassinowskiego przeszły wszelkie oczekiwania i wkrótce zostały potwierdzone przez badania Burciego, Ceccherelliego, Lampiaziego i Muscatellego. Ponieważ nakładając szew trzeba było unikać zranienia błony wewnętrznej (intima), szew ten wymagał dużej wprawy, a na mniejszych tętnicach prawie był niewykonalny, doświadczenia jednak Murphyego w 1897 roku i w następnych latach Silberberga i Dörflera wykazały, że zranienie błony wewnętrznej i wystawanie szwu do światła naczynia, czyli zeszywanie przez całą grubość ściany, nie pociąga za sobą zamknięcia światła, o ile tylko zabieg został wykonany z zachowaniem ścisłej aseptyki. Możność szycia przez całą grubość ściany znacznie ułatwiła zabieg i rozszerzyła jego zastosowanie. Jassinowski, żądając, aby zeszywano tylko przez adventitia i media, musiał ograniczyć się tylko do dużych tętnic, teraz jednak można zeszywać każde naczynie bez obawy, ponieważ płytsze lub głębsze wkłucie igły pozostaje bez wpływu na gojenie się rany. Zastrzeżenie Jassinowskiego wymagało bardzo wyrobionej techniki, aby ominąć błonę wewnętrzną i pociągało za sobą drugą ostateczność—zbyt płytkie ujmowanie ściany i nadrywanie naczynia. Dörfler rozstrzyga sprawę w ten sposób: szew przez całą grubość ściany stwarza takie same sprzyjające warunki co do dobrego wyniku, jak i szew tylko przez dwie zewnętrzne warstwy i powinien być bez namysłu stosowany, jeżeli tylko zachodzi potrzeba szwu naczyniowego. W każdym przypadku daje się on szybciej

zastosować i daje większą pewność, niż szew Jassinowskiego. W ten sposób została w zupełności rozwiązaną sprawa częściowych ran tętnic, nie przekraczających połowy grubości naczynia. Dopiero od chwili zjawienia się tych prac mnożą się przypadki zeszywania ran tętnic u ludzi. Pierwszy szew boczny tętnicy wykonał Durante w 1892 r. na tętnicy ramiennej z pomyślnym wynikiem, szyjąc struną. Od tego czasu liczba przypadków szwu częściowego u człowieka, według Faykissa, dosięga 60. Rany naczyń u ludzi w większości przypadków zagoiły się z zachowaniem światła, ponieważ były to rany operacyjne, a więc znajdowały się w dobrych warunkach pod względem aseptyki; rany nieoperacyjne zeszywano rzadziej.

Otrzymane dotąd wyniki zachęciły do dalszej pracy. Pozostała do rozstrzygnięcia daleko trudniejsza sprawa szwu całkowicie przeciętej tętnicy. Pierwszy zapronowany sposob polegał na połączeniu końców tętnicy za pomocą takiej lub innej rurki. Amerykanin Robert Abbe próbował doświadczalnie połączyć końce przeciętej tętnicy; używał do tego cienkiej rurki szklanej, na którą naciągał końce tętnicy i ponad nią umocowywał brzegi rany dwiema podwiązkami lub łączył dwoma szwami. W jednym tylko przypadku zbadał naczynia i znalazł światło zamknięte przez skrzeplinę, pomimo że zaraz po połączeniu krążenie trwało. Następnie Gluck za pomocą rurek ze srebra, aluminium, kości słoniowej, gumy, wreszcie kawałków wycinanych tętnic lub żył łączył końce tętnic; otrzymywał również wyniki ujemne. Sposobów Abbego i Glucka nie naśladowano, dały bowiem zupełnie ujemne wyniki ich autorom, jak również niewielkie było prawdopodobieństwo, aby ciało obce w postaci rurki, wprowadzonej do naczynia, mogło wgoić się i utrzymać w ten sposób światło. Zwykły ciągły szew do połączenia końców tętnicy najprzód zastosował Horoch; zeszył raz tylko tętnicę udową u psa i otrzymał zamknięcie światła. Następnie Murphy z takim szwem otrzymał jeden dodatni wynik; wielokrotne poprzednie próby nie udawały się wskutek tworzenia się skrzepów w naczyniach odżywczych (vasa vasorum), które pociągały za sobą całkowite zamknięcie światła, obumarcie ściany na miejscu szwu i wtórne krwotoki. Gluck radził nakładać osiem szwów przez błony zewnętrzną i środkową, z których sześć po zawiązaniu obcinał; następnie na

miejsce szwu naciągał rodzaj mankietu z poprzednio wyciętego kawałka tętnicy, lub też z rurki kostnej, cienkiej gumowej, wreszcie z kawałków tętnic innych zwierząt; cztery końce pozostałych dwóch szwów nawlekał w igły i za pomocą nich umocowywał mankiet. O wynikach, otrzymanych tym sposobem przez Glucka, nic dokładnego niewiadomo. Sposób ten miał jakoby być łatwy w wykonaniu, zabezpieczać linię szwu i uprzedzać wtórne krwotoki. Jensen w swej pracy porównawczej na 3 doświadczenia sposobem Glucka otrzymał jeden wynik dodatni.

Sposób, zaproponowany przez Murphyego w 1897 roku t. zw. sposób wpochwienia, znalazł największą liczbę naśladowców i pierwszy był zastosowany u człowieka. Sposób ten zapewnia mocniejsze połączenie końców tętnicy, niż to można otrzymać przez zastosowanie zwykłego szwu. Szew ten wykonywa się w sposób następujący. Trzy szwy z igłami na obu końcach nakłada się na koniec doprowadzający w kierunku podłużnym, ujmując tylko błony zewnętrzną i śwodkową. Też same szwy następnie przechodzą przez koniec odprowadzający $^1/_3$ — $^1/_2$ cala od brzegu, przez wszystkie warstwy odwewnątrz nazewnątrz. Wiążąc koniec doprowadzający wpochwiamy w odprowadzający. W celu ułatwienia wpochwienia można zrobić nacięcie podłużne na końcu odprowadzającym i potem nałożyć szew dodatkowy. Wreszcie brzeg końca odprowadzającego łączy się paru szwami węzełkowymi z powierzchowną warstwą końca doprowadzającego. Murphy za pomocą swego szwu osiągał: 1) że duże powierzchnie ściany naczynia stykały się ze sobą; ciśnienie krwi od wewnątrz jeszcze więcej zbliżało je do siebie, sprzyjając lepszemu zrostowi; 2) że wtórny krwotok, lub z miejsc ukłucia był niemożliwy; 3) że nie wystawała nitka do swiatła naczynia. Stosując swój sposób Murphy na 12 doświadczeń miał cztery wyniki dodatnie, jednak ze znacznem zwężeniem światła. Dörfler na 4 doświadczenia jedno dodatnie; Jensen na 3 doświadczenia 1 dodatnie; Faykiss na 10 doświadczeń 2 udatne po 7 i 19 dniach. Dörfler objaśnia niepowodzenie zbyt małym kalibrem naczyń, na których operowano, zbyt wielkiem naciągnięciem naczynia i tem, że wpochwienie powoduje znaczne podrażnienie ściany, o czem świadczą zgrubienia na miejscu połączenia.

W dalszych badaniach wysunięto, jako zasadę, zetknięcie na dużej przestrzeni powierzchni błony wewnętrznej, analogicznie do zeszywania ran otrzewnej. Brieau i Jaboulay zaproponowali tak zwany szew U. Nakładano szereg szwów przez całą grubość ściany tak, aby po zawiązaniu węzeł układał się poprzecznie do naczynia; wiążąc, wywracano brzegi nazewnątrz, aby umożliwić jaknajwiększe zetknięcie się powierzchni błony wewnętrznej i jaknajmniejsze wystawanie szwu do światła naczynia. Pierwsze 10 doświadczeń dały wynik ujemny; później jednak, operując na t. szyjnej osła, otrzymano wynik dodatni. Salomoni, którynie znając doświadczeń Brieau i Jaboulay, sobie przypisał wynalezienie tego sposobu, ogłosił jeden wynik dodatni. Jensen na 9 doświadczeń otrzymał 3 dodatnie.

W 1900 roku Payr wystąpił ze swym sposobem, polegającym na zastosowaniu nazewnątrz naczynia rurek magnezyowych, posiadających, jak wiadomo, własność rozpuszczania się z biegiem czasu w sokach ustroju. Rurki te miały od 0,3 — 1,0 ctm. długości i posiadały w blizkości jednego końca delikatny płytki rowek o $^1/_3$—$^2/_3$ mm. głębokości. Od czasu ogłoszenia wyników pierwszych badań kształt rurek Payra uległ wielu zmianom, zasada jednak i stosunek rurki do naczynia pozostały te same. Sposób zastosowania był następujący. Po uciśnięciu naczynia, koniec doprowadzający bywa przeciągnięty przez wyżej opisaną rurkę za pomocą małych szczypczyków z ząbkami lub trzech tymczasowych szwów, dopóki nie wystaje na $^1/_4$ — 1 ctm. poza rurką. Wystający brzeg naczynia wywija się ponad rurką tak, aby błona wewnętrzna znajdowała się nazewnątrz. Za pomocą podwiązki jedwabnej wywinięty brzeg tętnicy umocowuje się na rurce w miejscu znajdującego się na niej rowka. Na koniec odprowadzający nakłada się również 3 — 4 szwów tymczasowych przez całą grubość ściany, za pomocą których rozciąga się światło naczynia i wpochwia się koniec doprowadzający z rurką w koniec odprowadzający; ten ostatni również umocowuje się za pomocą drugiej podwiązki na rurce, zawiązując ją cokolwiek mocniej. Druga podwiązka może być nałożona w dwu miejscach: 1) na wysokości rowka tak, aby obie podwiązki leżały w jednej płaszczyźnie; 2) lub też druga podwiązka nakłada się bardziej dośrodkowo od pierwszej na miejscu, gdzie kończy się wywinięty brzeg końca doprowadza-

jącego. Dzięki temu wysuwanie się końców naczynia zostaje utrudnione i Payr ani razu go nie spostrzegał. Za pomocą tego sposobu udaje się doprowadzić do zetknięcia się powierzchni błony wewnętrznej na dużej przestrzeni i wytwarza się sprzyjające warunki do szybkiego zrostu tych powierzchni. Autor podnosi jako zalety swego sposobu: względną szybkość wykonania, pewność połączenia, dostateczny opór przeciw ciśnieniu krwi na miejscu połączenia, uniknięcie otworów po przejściu igły, przez które może sączyć się krew, wreszcie—zabezpieczenie się przeciwko wtórnym krwotokom. Przyznaje jednak, że wskutek takiego zabiegu prawie zawsze występuje nieznaczne zwężenie światła. Payr zrobił około czterdziestu doświadczeń; początkowo niepomyślne wyniki zmieniły się na dobre z rozwojem techniki i ze stopniowem usuwaniem niepomyślnych warunków; nie mógł jednak w swoich rozprawach przytoczyć ani makroskopowych ani mikroskopowych preparatów, ponieważ te ostatnie zostały zniszczone podczas pożaru pracowni wraz z notatkami i protokułami badań. Warunki, powstałe wskutek tego wypadku, stanęły na przeszkodzie w przeprowadzeniu nowego szeregu doświadczeń w celu pozyskania preparatów. Sposób Payra znalazł wielu naśladowców, ponieważ uderzał swoją prostotą i łatwością wykonania. Nie wszyscy jednak uwzględniali ściśle przepisy autora, co pociągnęło za sobą wielką różnicę w sądach o sposobie. Jensen, Reinsholm, Salinari i Verdia, stosujac sposób Payra, wprowadzali pewne swoje zmiany i wypowiedzieli się ujemnie. Jensen np. używał do doświadczeń rurek z kości słoniowej i kości odwapnionej, podczas gdy Payr kładzie wielki nacisk na to, aby rurki były magnezyowe. Jensen na 13 doświadczeń z tętnicami i żyłami otrzymał 4 wyniki dodatnie i 9 ujemnych, Reinsholm, Salinari i Verdia mieli wyniki przeważnie ujemne. Höpfner na 6 doświadczeń miał 2 ujemne, Chérie Lignière na 6 doświadczeń 2 ujemne — w jednym wtórny krwotok wskutek wystąpienia ropienia, w drugim obumarcie kawałka naczynia z powodu zniszczenia na dużej przestrzeni naczyń odżywczych ściany naczynia. Dwaj ostatni stosowali się ściśle do przepisu Payra i przyznają temu sposobowi duże zalety. Ostatnio Faykiss na 10 doświadczeń miał 5 udatnych. Co do długości czasu, potrzebnego na rozpuszczenie się rurki, to Chérie-Lignière określa go na dni dwa-

dziścia do dwudziestu ośmiu. Wybierając rurkę, należy brać cokolwiek szerszą, ponieważ przecięte naczynie zmniejsza swoje światło o $^1/_3$ — $^1/_4$, a po przywróceniu obiegu krwi wielkość światła powraca do stanu pierwotnego. Jako zarzuty podnoszono, że na miejscu podwiązek dwie obrączki ze ściany naczynia ulegają obumarciu i że naokoło rurki tworzą się pęcherzyki gazu, jednak, jak twierdzi Höpfner, tylko w nieudatnych przypadkach, ponieważ w udatnych stałe tętnienie naczynia sprzyja szybszemu wchłonieniu. Höpfner miał jeden przypadek, w którym na piąty dzień wysunęły się końce naczynia i nastąpił krwotok. Jako najniższą granicę zastosowania sposobu Payra, Höpfner określa naczynia o świetle 3 mm. Na podstawie preparatów, otrzymanych ze zwłok, Payr tak opisuje przebieg gojenia się. Szerokie, zwrócone ku sobie, powierzchnie błony wewnętrznej szybko zlepiają się; na miejscu połączenia błona wewnętrzna bywa zgrubiała w postaci wału; poziom obu końców naczynia stopniowo wygładza się przez narastanie śródbłonka. W pierwszych tygodniach wszystkie warstwy ściany naczynia stanowią miejsce obfitego nacieczenia okrągłemi komórkami i tętnica zrasta się z otoczeniem. Naokoło rurki tkanka łączna posiada charakter obfitej w naczynia ziarniny, w której widać pojedyńcze komórki olbrzymie; z biegiem czasu stan naczynia zbliża się do normy. Wyżej wymienione rurki w ostatnim czasie Payr znacznie skrócił i nadał im kształt pierścienia; oprócz tego zbudował przyrząd, łączący końce naczynia na wzór połączenia, stosowanego do połączenia rur. Dwie rurki, służące do tego celu, posiadają na końcach obrączki, umocowane pod kątem prostym do nich. Jedna z obrączek posiada dziurki, a druga odpowiednią liczbę sztyfcików. Naczynie przeprowadza się najprzód przez rurkę męską i po wywinięciu brzeg umocowuje się na sztyfcikach; koniec odprowadzający po przesunięciu przez rurkę żeńską również rozciąga się tak aby brzegi wystawały poza dziurki; wreszcie łączy się rurki, wprowadzając odpowiednie sztyfciki do otworów.

W dalszym ciągu Alexis Carrel, którego badania sięgają 1901 roku, po szeregu doświadczeń ogłosił uproszczony sposób szwu naczyniowego, dający zastosować się we wszystkich przypadkach. Mattas tak pisze o szwie Carrela: Carrel znacznie uprościł technikę szwu bocznego i całkowitego przez zastoso-

wanie pociągania za uprzednio nałożone na równej od siebie odległości szwy; dzięki temu kolisty brzeg tętnicy zamienia się w równoboczny trójkąt. Linia szwu przez to staje się prostą i ustaloną zamiast kolistej i ruchomej, co miałoby miejsce, gdyby nie pociągano za szwy sytuacyjne. Wyniki Carrela przewyższyły wszystkie dotąd znane i dały pobudkę trzem asystentom prof. Garrego: Stichowi, Makkasowi i Dowmanowi — do sprawdzenia ich doświadczalnie. Dokładny opis szwu przytaczam z ich pracy. Szew rozpoczyna się przez nałożenie wyżej wymienionych szwów podtrzymujących w liczbie trzech przez całą grubość ściany; najprzód nakłada się tylny i zaraz go się wiąże, wywijając brzegi naczynia nazewnątrz. Drugi i trzeci szew nakłada się w podobnyż sposób, aby odległości pomiędzy szwami były równe; drugi szew wiąże się jednocześnie z trzecim. Założenie tych trzech szwów stanowi najważniejszą część zabiegu. Pociągając za dwa sąsiednie z nałożonych szwów łatwo udaje się brzegi naczynia wyciągnąć w prostą linię i połączyć zwykłym szwem ciągłym. Szew ciągły rozpoczyna się na ścianie tylnej w pobliżu szwu tylnego. Cały szew musi być nałożony jedną nitką, oddzielne ukłucia powinny być możliwie przez całą grubość ściany. Tutaj należy również baczyć, by brzegi stykały się błoną wewnętrzną. O zastosowaniu szwów podtrzymujących w celu ułatwienia szwu naczyniowego myślał już Jensen; w swojej pracy porównawczej radzi nakładać dwa szwy, za pomocą których można rozciągnąć naczynie i ułatwić sobie nałożenie szwu ciągłego. Stosowaniem tego zabiegu Jensen otrzymał najlepsze wyniki. Stich, Makkas i Dowman, stosując sposób Carrela, na siedem doświadczeń otrzymali tylko dwa ujemne. W pięciu dodatnich po 4—150 dniach znaleziono zupełną drożność. Na miejscu szwu było zgrubienie, ale tylko wskutek zgrubienia tkanki, otaczającej naczynie, światło jednak było poprzedniej wielkości. Na wewnętrznej powierzchni naczynia linia szwu miała postać linii prostej, na której widać było niekiedy wystające do światła nici. Boczny skrzep znaleziono tylko w jednym przypadku, gdzie było znaczne ropienie. W przypadku, badanym po 150 dniach, znaleziono zupełną drożność naczynia i na ograniczonem miejscu nieznaczne wypuklenie, prawdopodobnie—rozpoczynający się tętniak. Sposób

Carrela stosował również Watts, jak twierdzi, z bardzo dobrym wynikiem.

Wreszcie w 1906 roku Dorrance zaproponował na posiedzeniu Akademii chirurgicznej Filadelfijskiej swój szew naczyniowy, który jakoby nie posiadał braków poprzednio proponowanych sposobów, a zalety następujące: 1) szew nie wystaje do światła naczynia, 2) zaczyn włóknikowy nie może przenikać do strumienia krwi z brzegów rany, jak również strzępy błony wewnętrznej nie wystaja do światła, 3) wtórny krwotok jest niemożliwy wskutek dwuwarstwowego szwu. Szew Dorrance'a jest ciągły i dwuwarstwowy. Każda warstwa nakłada się inaczej; pierwsza jest podobna do szwu materacowego z tym dodatkiem, że co trzeci szew cofa się o połowę poprzedniego; nakładając szew wywija się brzegi, aby spowodować zetknięcie się ze sobą powierzchni wewnętrznej; wskutek tego wzdłuż linii szwu tworzy się kant z wywiniętych brzegów rany. Drugą warstwę stanowi szew ciągły, obejmujący wzmiankowany kant i zbliżający ze sobą jeszcze mocniej brzegi rany. Szew zaczyna się i kończy poza raną w ten sposób, że igła, przekłuwając tylko błony zewnętrzną i środkową, wykłuwa się w pewnej odległości; tutaj nitka wiąże się i rozpoczyna się szew dalej już przez całą grubość ściany. Szew ten Dorrance stosuje na wszystkie rany tętnic. Wykonał on 14 doświadczeń, zeszywając rany rozmaitego kształtu. Po sprawdzeniu w czasie od 3 godzin do 42 dni, w 7 przypadkach nie znalazł ani śladu skrzepliny, w 5 niewielki skrzep ścienny, w 2 zupełne zamknięcie światła, powstałe, jak przypuszcza, wskutek nadmiernego ucisku i ropienia naokoło naczynia. W jednym przypadku po 33-ch dniach nastąpiło pęknięcie tętnicy do ropnia, powstałego naokoło naczynia, w świetle jednak naczynia nie było skrzepliny. Szew Dorrance'a pomimo zalet, jakie mu przypisuje autor, potrzebuje jeszcze sprawozdania doświadczalnego, ponieważ tylko trzy razy za pomocą niego była połączona całkowicie przecięta tętnica: jest to zbyt mała liczba doświadczeń, aby można było wysnuwać jakiekolwiek wnioski o wartości sposobu.

Już na początku XIX wieku próbowano nakładać boczną podwiązkę na rany dużych żył z dobrym wynikiem. Bardzo niewielu jednak chirurgów przyznawało temu zabiegowi prawa obywatelstwa w chirurgii. Braun wymienia nazwiska Wattma-

na, von Walthera, Berard-Denonvilliersa, Richeta, Hütera; pozostali radzili podwiązywać zupełnie, wychodząc z zasady, że może wystąpić łatwo krwotok, ponieważ sprężyste ściany naczynia wysuwają się z podwiązki, że tworzący się skrzep w naczyniu usposabia do powstawania zatoru, że wreszcie poważne niebezpieczeństwo przedstawiają wtórne krwotoki, występujące po oddzieleniu się podwiązki wraz z obumarłą ścianą naczynia. Oprócz tego nieznajomość zasad aseptyki i obawa wywołania zakażenia odstraszały wielu od tego zabiegu. W celu wyjaśnienia sprawy Blasius w 1871 roku zebrał 16 znanych przypadków bocznego podwiązania u człowieka i obliczył, że 71,5% skończyło się śmiercią, 28,5% pomyślnie; do tych ostatnich wliczono i przypadki z zamknięciem światła żyły. Pierwszy znany przypadek należy do Traversa, który w 1816 roku nałożył boczną podwiązkę na żyłę udową; chory umarł po miesiącu wskutek wtórnego krwotoku i zakażenia. Oprócz tego Blasius wykonał 56 doświadczeń, które dały mu 62,1% śmierci i 37,9% wyzdrowienia; ani razu jednak nie otrzymał zagojenia rany żyły z utrzymaniem światła tejże. W 1882 roku Braun znów podniósł tą sprawę i z zachowaniem aseptyki wykonał 12 doświadczeń; wszystkie dały wynik pomyślny. Wobec tego Braun przychodzi do wniosku, że na dużych żyłach, gdzie charakter i obszar rany pozwalają, należy stosować boczną podwiązkę; w większych ranach podłużnych można stosować kleszczyki; wreszcie szew może znaleźć zastosowanie w pojedyńczych rzadkich przypadkach. Pierwsze doświadczenia ze wszwem bocznym zostały wykonane w 1833 r. przez Gensoula; zeszył on 2 razy żyłę szyjną u konia i w obu przypadkach otrzymał ropienie i zamknięcie światła. Później Ollier i Nicaise kilka razy zeszywali żyły, jednak zawsze z wynikiem ujemnym. Pierwszy boczny szew u człowieka wykonał Czerny w 1881 roku na żyle szyjnej wspólnej. Wskutek połknięcia ciała obcego wykonano choremu cięcie przełyku zewnętrzne; w parę dni nastąpił krwotok, w celu zatrzymania którego wypadło nałożyć boczny szew na żyłę; chory wskutek ogólnego zakażenia zmarł. Z lepszym wynikiem w 1882 roku zeszył Schede żyłę udową po zranieniu jej podczas usuwania gruczołów rakowatych. Küster za pomocą kleszczyków zagoił 7 ran żył. Schede zachęcony dobrym wynikiem, zeszył później około 30 ran żył, operując

na szyi i w pachwinie; ani razu nie zauważył, zachowując aseptykę, jakiegokolwiek niebezpieczeństwa; zeszywał szwem ciągłym lub materacowym, stosując strunę (katgut). Raz zeszył żyłę główną dolną, zranioną w przebiegu usuwania nowotworu nerki; po 17 dniach na zwłokach sprawdził zupełną drożność żyły. Horoch w 1888, zeszywając doświadczalnie żyły, otrzymał dość dobre wyniki; zeszył 4 razy żyłę udową szyjną, z tych dwa razy szew całkowity; we wszystkich przypadkach zwężenie światła i drożność. Tichow w 1894 roku ogłosił dalsze badania, według których w 30 przypadkach bocznego szwu miał tylko 8 razy zamknięcie światła. Wobec tak pomyślnych wyników doświadczalnych przypadki bocznego szwu żył u ludzi stały się coraz częstszymi; niema prawie ani jednej większej żyły, która nie byłaby zeszywaną. Jacobsthal, wyliczając w swoim odczycie znane przypadki, zaznacza, że tylko żyła główna górna dotychczas nie była zeszywana.

Zeszywanie całkowitych ran żył posuwało się równolegle z postępami takiegoż szwu tętnic. Jednak nie mogły tutaj znaleźć zastosowania wszystkie proponowane dla tętnic sposoby. Przedewszystkiem odpadały te, w których trzeba było unikać zranienia błony wewnętrznej, ponieważ ściana żyły, wskutek swojej cienkości, uniemożliwiała zachowanie tego przepisu. Pierwszy Hirsch w 1881 roku zeszył całkowicie przeciętą żyłę udową u psa; skrzeplina nie wytworzyła się. Większe badania nad całkowitym szwem żył wykonał Silberberg; zeszył 6 razy żyłę u psa; w połowie przypadków stosował szew ciągły, w drugiej połowie — węzełkowy; szył jedwabiem. Otrzymał 2 razy zupełne zamknięcie światła, a w pozostałych przypadkach znaczne zwężenie. Murphy zeszył raz żyłę szyjną u owcy; po upływie 2 dni nie znalazł ani śladu skrzepliny. Clermont również zastosował szew ciągły na żyłę główną i przed nałożeniem szwu wpochwił nieznacznie koniec doprowadzający w odprowadzajacy; po miesiącu żyła nieznacznie zwężona. W drugim przypadku tenże Clermont zeszył żyłę szwem dwupiętrowym w ten sposób, że wywinąwszy brzegi rany i zbliżywszy je nałożył szew ciągły u podstawy kantu, drugi zaś ponad pierwszym, zbliżając brzegi. Po miesiącu znalazł zupełną drożność bez zwężenia. Również stosowano rurkę Payra w celu połączenia końców przeciętej żyły z tą tylko różnicą,

że rurka nakłada się na koniec obwodowy, a wpochwia w dośrodkowy; dalsze postępowanie takie same, jak w połączeniu tętnic. Payr zaznacza, że wykonanie zeszycia żyły jego sposobem jest łatwiejsze, niż zeszycia tętnicy, co jest zresztą łatwo zrozumiałe wobec większej rozciągliwości ściany naczynia. Jensen wykonał 17 doświadczeń i podaje, że w 7 przypadkach po zwykłym szwie ciągłym otrzymał zachowanie drożności w czterech; w 10 przypadkach po zastosowaniu rozmaitego rodzaju rurek otrzymał tylko 2 pożądane wyniki; na zasadzie tych wyników zaznacza wyższość szwu nad stosowaniem rurek, względnie—szwu Payra. Używając zwykły szew ciągły, wobec zapadania się ścian żyły, koniecznem jest nałożyć 2 lub 3 szwy podtrzymujące, czyli wykonać szew Carrela.

Naogół biorąc, szew żył daje mniej więcej takie same wyniki, jak i szew tętnic. Na miejscu szwu żylnego stale spostrzegano zwężenie. Taddei, na podstawie podjętych badań, określa otrzymywane zwężenie cokolwiek więcej niż na $\frac{1}{2}$ obwodu. Powstawanie zwężenia można objaśnić tem, że tkanka łączna, obejmująca okolicę szwu, łatwiej kurczy się, wskutek znacznie mniejszego, niż w tętnicach, ciśnienia odwewnątrz.

Ocena porównawcza sposobów całkowitego szwu naczyń krwionośnych

Przystępując do oceny poszczególnych sposobów całkokowitego szwu naczyń, musimy ściśle określić warunki, którym ten ostatni powinien odpowiadać. A więc przedewszystkiem szew powinien być łatwy w wykonaniu, nie powinien przenikać do światła naczynia, powinien wywijać brzegi rany nazewnątrz, t. j. sprowadzać zetknięcie się ze sobą powierzchni błony wewnętrznej, powinien zachowywać poprzednią wielkość światła naczynia, wreszcie winien zabezpieczać od wtórnych krwotoków i tworzenia się tętniaków.

Jeżeli teraz ocenimy podane wyżej sposoby stosownie do tych warunków, to sposób Abbego i pierwotne Glucka odpadają same przez się, ponieważ wprowadzenie do światła naczynia ciała obcego powoduje największe podrażnienie, na jakie możemy narazić delikatną błonę wewnętrzną naczynia; przeciwko sposobowi stanowczo przemawiają zupełnie ujemne wyniki.

Zwykły szew ciągły lub węzełkowy nie nadaje się zupeł-

nie, ponieważ przenika do światła naczynia, pozostawia wolne brzegi rany w zetknięciu z zawartością naczynia i bardzo słabo zabezpiecza od krwotoków wtórnych.

Sposób Murphyego przedewszystkiem wprowadza w zetknięcie dwie rozmaite tkanki, pozostawia wolny brzeg końca doprowadzającego w świetle naczynia, jest trudny w wykonaniu, wreszcie, na co wskazują wszyscy, nie wyłączając autora, powoduje znaczne zwężenie światła naczynia. Doświadczalnie szew ten daje tylko 30% dodatnich wyników.

Sposób Brieau i Jaboulaya posiada niewątpliwe zalety; szew ten nie przenika do światła, nie powoduje zwężenia światła, brzegi rany są wywinięte nazewnątrz, jedynie — być może niewystarczająco zabezpiecza trwałość ściany. Doświadczalnie daje 33% dodatnich wyników.

Sposób Payra wprawdzie zapewnia dokładne zetknięcie się powierzchni błony wewnętrznej naczynia, jednak posiada znaczne wady. Rurka, jako ciało obce, dopóki nie jest wchłonięta, nie przestaje drażnić ścian naczynia i otaczających tkanek, a gdy powstaje zakażenie, tylko mu sprzyja; wykonanie szwu jest dość trudne, sam Payr zaleca mechaniczne rozszerzanie końca odprowadzającego, które to rozszerzanie łatwo może wywołać pęknięcia błony wewnętrznej, bardzo ujemnie wpływające na wynik ostateczny. W przypadkach zaś, gdzie rozszerzanie nie wystarczy, trzeba nacinać brzegi, to znów pociąga za sobą konieczność szwów bocznych dodatkowych, usposabiających do wtórnych krwotoków i osłabiających ścianę naczynia. Do tych zarzutów Faykiss dodaje, że ściana naczynia na miejscu rurki ulega ścieńczeniu; warstwy naczynia tracą swój charakter i powstaje wątpliwość, czy po wchłonieniu rurki ściana naczynia wytrzyma ciśnienie krwi. Wreszcie sposób ten powoduje zwężenie światła. Doświadczalnie daje 56% dodatnich wyników.

Szew Carrela jedynie odpowiada żądanym warunkom. Doświadczalnie daje najwięcej, bo 70% dodatnich wyników.

Wreszcie szew Dorrance'a odpowiada wszystkim warunkom, potrzebuje jednak jeszcze sprawdzenia doświadczalnego.

Wskazania do szwu naczyń stanowią przedewszystkiem rany operacyjne, następnie rany kłute i cięte, rany postrzałowe, wycięcie kawałków naczyń z guzami złośliwymi, tętniaki ura-

zowe, tętniczo-żylne, wrzecionowate, krwiak śródścienny tętnicy (aneurysma dissecans), sztuczne połączenia tętnicy z żyłą, wykonane w paru przypadkach, wreszcie, jak dotąd — doświadczalne przeszczepianie całkowitych narządów.

Technika szwu. Przejrzawszy proponowane sposoby szwu naczyń, przejdziemy do dokładnego opisu wykonania tego zabiegu, jak również narzędzi i materyałów, używanych w tym celu.

Jako materyału doświadczalnego używano psów, kotów, owiec, świnek morskich, cieląt i koni. Wielkość zwierzęcia odgrywała poważną rolę w doświadczeniach ze względu na wymiary naczyń. Najlepsze wyniki dały doświadczenia, wykonane na koniach, osłach, cielętach i owcach.

Sprawa tymczasowego zaciskania naczyń zajmowała bardzo wszystkich badaczów, ponieważ w razie zbyt znacznego ucisku powstawały pęknięcia błony wewnętrznej, usposabiające w znacznym stopniu do wytwarzania się skrzepliny. Payr odróżnia trzy sposoby tymczasowego zamknięcia światła naczynia: 1) ucisk za pomocą palców, 2) czasowa podwiązka i 3) rozmaite kleszczyki i zaciskadła. Najdelikatniejszym i niekiedy jedynie możliwym do wykonania jest ucisk palcami. Czasowa podwiązka wstrzymuje dobrze obieg krwi, jednak zastosowanie jej pociąga za sobą pęknięcia błony wewnętrznej. Aby usunąć słabe strony podwiązki, radzono używać gruby jedwab lub paski gazy, podwiązki nie zawiązywać, a tuż przy naczyniu, po zaciśnięciu, utrzymywać palcami lub kleszczykami Peana, wreszcie Lejars radzi na miejsce podwiązki nałożyć na naczynie kawałek rozciętej rurki gumowej, a podwiązkę dopiero ponad tą ostatnią; przez to ucisk podwiązki, jako pośredni, jest mniej szkodliwy. Kleszczyki Kochera lub Billrotha zaopatrywano na końcach w rurki gumowe, aby zmniejszyć szkodliwe następstwa ucisku. Oprócz tego zbudowano cały szereg rozmaitych innych narzędzi, wysuwając jako zasadę — możność stopniowania ucisku i łatwiejsze ujęcie naczynia, jak również usunięcie narzędzia z pola operacyjnego: zgięcie narzędzia pod kątem lub w płaszczyźnie.

Alegiani sprawdził doświadczalnie wpływ rozmaitych sposobów czasowego zatrzymywania krążenia krwi na ścianę naczynia. Zwykła podwiązka z nitki jedwabnej powoduje bardzo

znaczne zmiany w ścianie naczynia; kłeszczyki Dieffenbacha wywołują zmiany w błonie środkowej, pęknięcie śródbłonka i skrzep; zastosowanie kleszczyków Peana, na których końce nałożono rurkę gumową, pociąga za sobą krwotoczne nacieczenie w bł. zewnętrznej, rozrost śródbłonka i skrzep w jednym przypadku na trzy. Pasek z gazy, umocowany na tętnicy za pomocą struny, daje rozerwanie błony sprężystej intimae, rozrost śródbłonka, wylewy krwawe w błonie środkowej i obumarcie tej ostatniej. Zmiany były małe, albo brakowało ich wcale, jeżeli przewiązywano naczynia paskiem gazy lub według Caselliego — za pomocą nitki do zaprzestania tętnienia. Najlepsze wyniki miał po zastosowaniu uciskadła ze śrubą.

Do szwu używano przeważnie jedwabiu, ponieważ struna zbyt szybko ulega wchłonieniu. Jensen stosował jedwab № 0, 1 i 2 stosownie do grubości naczynia, Stich zaś i jego współpracownicy używali najcieńszego jedwabiu firmy Pearsall (0000), później „extrafein" tej samej firmy. Jensen gotował jedwab przez 5 — 10 minut w nasyconym roztworze soli według Claudiusa, a po wygotowaniu kładł do wody wyjałowionej, aby usunąć sól. Jeżeli używał struny, to wyjaławiał ją sposobem Blocha (carbol+alcohol) lub Tscheringa — na sucho. Stich gotował jedwab przez ½ godziny w zwykłej wodzie, a potem przechowywał w wyjałowionej parafinie płynnej; dzięki temu jedwab tracił szorstkość, łatwo nawlekał się i zachowywał swoją moc, jeżeli go tylko nie gotowano więcej, niż dwa razy. Jensen używał igieł okrągłych, najcieńszych, słabo zgiętych, z całkowitem uszkiem, Dörfler — najcieńszych igieł kiszkowych lub też igieł, używanych przez okulistów do operacyi na łącznicy, Stich szył za pomocą najcieńszych igieł angielskich o 0,25 mm. w wymiarze poprzecznym i 15 mm. długich, zginając je tak, aby tworzyły $^1/_3$ koła; igły te posiadały również zwykłe uszko. Wogóle w przygotowaniu narzędzi i materyałów, które miały wejść w zetknięcie się z naczyniem, unikano środków przeciwgnilnych, jako zbyt drażniących delikatną tkankę naczyniową. Po odpowiedniem zwykłem przygotowaniu zwierzęcia i operujących, obnażano naczynie, podlegające zeszyciu, na przestrzeni od 6—10 centymetrów.

Aby uniknąć trudnego do zatamowania krwotoku z cieniutkich gałązek bocznych, ograniczano się tylko do uwolnienia

naczynia z jego pochewki; tkankę okołonaczyniową (periadventitia) usuwano tylko na miejscu, gdzie miał być szew i z najbliższej okolicy i obcinano ją wprost nażyczkami, ująwszy i naciagnąwszy szczypczykami po przecięciu naczynia. C. d'Anna na zasadzie swoich doświadczeń radzi obnażać ostrożnie naczynie, aby nie ucierpiało jego odżywianie. Według tego autora obnażenie na przestrzeni 1 ctm. nie pociąga za sobą ujemnych skutków, ponad 1 ctm. oprócz wszelkich możliwych uszkodzeń w ścianie powoduje wytworzenie się skrzepu w świetle; obnażenie na przestrzeni 3 ctm. wywołuje zwyrodnienie bł. środkowej, rozciągnięcie ściany i wzmożoną skłonność do wytworzenia się skrzepliny. Dörfler również zwraca uwagę na szkodliwe następstwa obnażania naczynia na dużej przestrzeni. Przeciwnie, Höpfner ani razu nie widział złych wyników z powodu tego. W jednym przypadku wydzielił zupełnie kawałek tętnicy szyjnej i wszył w odwrotnym kierunku; pomimo to po 4½ tygodniach sprawdził zupełną drożność naczynia i zagojenie się rany, a zatem trzebaby zgodzić się z Höpfnerem, ze obnażenie naczynia nie jest znów tak niebezpieczne, jak twierdzą Dörfler i d'Anna.

Po uwolnieniu naczynia, zaciskano najprzód koniec doprowadzający, zważając, aby zaciskadła lub podwiązki nie znajdowały się blizko miejsca szwu, co mogłoby utrudnić dalsze postępowanie. Ianu proponuje w przypadkach ran częściowych nakładać kleszczyki tylko na miejsce zranienia, aby nie przerywać krążenia. Po przecięciu naczynia występowało skrócenie różne—w różnych okolicach ciała; niekiedy końce naczynia odsuwały się tak daleko, że wątpiono w możność bezpośredniego ich połączenia, zbliżenie udaje się jednak łatwo przez pociąganie za kleszczyki zaciskające; zmniejszało się również i światło naczynia. Jeżeli w świetle widać było skrzepy, wyciskano je lub usuwano delikatnie wilgotnymi wacikami. Po tem wszystkiem stosowano odpowiedni szew i ponad naczyniem łączono dokładnie wszystkie warstwy. Prawie zawsze krwawienie, powstające z miejsc ukłucia, tamowano uciskiem za pomocą wacika; w ostateczności nakładano dodatkowy szew. Wskutek ucisku w kanalikach po ukłuciu szybko tworzą się skrzepy i zamykają ich światło. Murphy radził po nałożeniu szwu założyć do rany pasek gazy na 48 godzin. Kleszczyki zdejmo-

wano najprzód z końca odprowadzającego, aby nie narazić w przeciwnym razie na znaczny ucisk odwewnątrz.

Gojenie się rany naczynia odbywa się w sposób następujący. Po zeszyciu cała szpara pomiędzy brzegami rany wypełnia się skrzepem. Skrzep ten ma charakter częściowo ziarnisty, częściowo posiada budowę nitkowatą; nitki dają odczyn Weigerta na włóknik. Pomiędzy nitkami tkwią w niewielkiej liczbie białe i czerwone ciałka krwi. Skrzep wystaje cokolwiek do światła naczynia; wystające do światła nitki włóknika są pokryte delikatnym osadem. Skrzep, wypełniając szczelinę w naczyniu, rozchodzi się i na strony pomiędzy warstwy naczynia, rozsuwa włókna mięśniowe i sprężyste błony środkowej i tkankę łączną okołonaczyniową. Wskutek tego mogą zanikać częściowo komórki i włókna sprężyste.

Sprawa odtwarzania zaczyna się już na drugi dzień w śródbłonku ściany naczynia. Pierwoszcze tych komórek pęcznieje i przyjmuje kształt wrzecionowaty, sześcianowaty lub walcowaty; powstaje szybki rozrost śródbłonka; komórki pod postacią wrzecionowatych lub gwiaździstych tworów, łączących się pomiędzy sobą, wrastają do szczeliny wypełnionej skrzepem i na nitki włóknika, wystające do światła naczynia. Sprawa dosięga najwyższego natężenia 10-go dnia po zabiegu. W bł. zewnętrznej już drugiego dnia można zauważyć znaczne nagromadzenie się białych ciałek krwi i limfocytów wzdłuż nitek szwu. Następnie w bł. zewnętrznej i w tkance okołonaczyniowej ujawnia się żywy rozrost tkanki łącznej unaczynionej. Występują komórki protoplazmatyczne rozmaitej postaci, tworzą się naczynia włosowate, które, aby przeniknąć do światła, łączą się z komórkami wrzecionowatemi brzegów rany. W jakim stopniu te komórki wrzecionowate powstają ze śródbłonka, a w jakim z komórek tkanki łącznej bł. środkowej i zewnętrznej, trudno określić. Najprawdopodobniej wszystkie trzy warstwy przyjmują udział w ich wzroście. Komórki te, torując sobie drogę pomiędzy komórkami mięśniowemi bł. środkowej i włóknami sprężystemi błon środkowej i zewnętrznej wrastają w skrzep; stopniowo pomiędzy komórkami tworzy się włóknista masa.

Tkanka, rozrastająca się wzdłuż nitek szwu, posiada charakter tkanki łącznej. Komórki błony wewnętrznej w tym

okresie czasu już zupełnie pokrywają nitki szwu, jak również można zauważyć nowotworzenie się włókien sprężystych pomiędzy komórkami. Nowotworzenie się włókien sprężystych jest najsilniejsze w miejscu, gdzie prawidłowa błona wewnętrzna styka się z częścią skrzepu, wystającą do światła. W bł. środkowej włókna sprężyste odtwarzają się tylko w niewielkiej ilości. Po 4 — 5 tygodniach ranę wypełnia trójkątny kawałek tkanki łącznej, w którym widać pozostałą resztę włókien sprężystych bł. środkowej i kawałki nitek; brzegi rany są cokolwiek wciągnięte pod postacią lejka. Na 63 dzień błona wewnętrzna zupełnie odtworzona; wytworzyła się nowa błona sprężysta; nie zauważono nigdy całkowitego zniknięcia nitek jedwabnych. Na 72 dzień miejsce zranienia nie przedstawia już nic szczególnego (Jacobsthal). Czy włókna sprężyste, stanowiące ważny składnik błony sprężystej, odtwarzają się całkowicie, zdania są podzielone. Rozstrzygnięcie tego sporu posiada duże znaczenie, ponieważ włókna te znacznie wzmacniają i podnoszą odporność ściany naczynia na ciśnienie odwewnątrz, a więc zapobiegają wytwarzaniu się tętniaków. Jassinowsky, Jacobsthal, Faykiss twierdzą, że włókna elastyczne odtwarzają się całkowicie, czyli powstaje zupełny powrót do stanu prawidłowego. Silberberg zaś, Salvia i Watts nie widzieli odtwarzania się błony sprężystej. Tomaselli twierdzi, że chociaż włókna sprężyste nie odtwarzają całkowicie błony sprężystej, jednak odradzają się na tyle, że zastępują ją zupełnie.

Gojenie się ran żylnych odbywa się według tych samych zasad, jak i tętnic. Romme streszcza tę sprawę w następujących punktach: 1) tworzy się skrzep ścienny, zwężający cokolwiek światła naczynia; 2) tkanki przecięte odpowiadają na podrażnienie za pomocą nacieczenia komórkowego w okolicy linii szwu i rany; 3) skrzep ścienny organizuje się i unaczynia; 4) błona wewnętrzna i śródbłonek bujają; komórki ich pokrywają zorganizowany skrzep, zamieniając go w część nierozłączną; 5) szew zostaje stopniowo wyłączony ze światła naczynia; 6) ziarnina zamienia się w mocną bliznę, łączącą przecięte tkanki. Odtwarzanie się włókien sprężystych odgrywa tutaj mniejszą rolę, niż w tętnicach. W przypadkach ujemnych skrzep zamyka całkowicie światło, nieraz jednak widziano wytworzenie się drożności naczynia dzięki skanalizowaniu się skrzepu.

(Salvia). Fakt ten bardzo przemawia na korzyść rozleglejszego stosowania szwu.

Podczas badań wyłoniło się bardzo ważne pytanie — jaka jest przyczyna tak częstego powstawania skrzepu w naczyniu po szwie. Najprzód przypuszczano, że nitka, jako ciało obce, przez swą obecność w świetle naczynia usposabia do tworzenia się skrzepliny; widzimy więc ogólne dążenie do usunięcia jej stamtąd, do wynalezienia takiego sposobu, któryby zupełnie wyłączał nitkę ze światła naczynia; stanowi to troskę wszystkich badaczów.

Dörfler stara się wyjaśnić, jaką rolę odgrywa nitka, wystając do światła naczynia. Na 16 zwykłych szwów tętnic 12 razy szył przez całą grubość ściany, a tylko 4 razy przez błony zewnętrzną i środkową; otrzymał dwa ujemne wyniki, z których jeden pomiędzy pierwszymi, drugi — pomiędzy drugimi przypadkami. Badając makroskopowo preparaty otrzymane po 2 — 3 tygodniach znajdował jeszcze nitki wystające do światła, po 5—8 zaś tygodniach nitek już zupełnie widać nie było. Na miejscu szwu znajdowano zgrubienie ściany, błyszczącą bliznę i nieznaczne uniesienie nad zwykły poziom. W jednym przypadku przeprowadzono nitkę tak, że przecinała światło i pomimo to po dłuższym czasie nie wytworzyła się skrzeplina. Podobne doświadczenie z takim samym wynikiem zrobił Jensen. Posuwając się dalej, Jensen wykazał, że pierwotną przyczyną tworzenia się skrzepów jest zakażenie. Znajdował mianowicie w przypadkach nieudanych — drobnoustroje w ścianach naczyń i w skrzeplinie, jak również w nitkach, co wskazuje wyraźnie na drogę, po której zakażenie przenikało do ściany i światła naczynia.

Nitka więc może być uważana tylko jako przewodnik dla zakażenia, jeżeli ono ma źródło nazewnątrz naczynia. Wszyscy zgadzają się na to, że zachowanie najściślejszej aseptyki stanowi niezbędny warunek dodatniego wyniku. Stąd łatwo domyślić się, że sposoby szwu, nie przenikającego do światła, stanowią bądź-co-bądź większą gwarancyę pomyślnych wyników, ponieważ nigdy, pomimo zachowanie przepisów najściślejszej aseptyki, nie można ręczyć, że unikniemy zakażenia. Może być większe lub mniejsze prawdopodobieństwo, nigdy zaś zupełna pewność. Dorrance wskazał na jeszcze jeden czynnik szkodli-

wy, a mianowicie, że ze zranionej ściany naczynia dostaje się do obiegu zaczyn włóknikowy, który sprzyja wytwarzaniu się skrzepliny, jeżeli istnieją i inne warunki po temu.

Wyniki, otrzymane doświadczalnie, znalazły zastosowanie i potwierdzenie w klinice. Całkowitych szwów tętnic wykonano według Faykissa dotąd siedemnaście; z tych pięc zostało uwieńczone zupełnym dodatnim wynikiem; są to przypadki Murphyego, Kümmela, Broughama, Goyanesa i Lexera. Całkowity szew żylny w pojedynczych przypadkach z powodzeniem stosowali Kümmel, Goyanes, Doyen, Ullman. W przypadku konkretnym, jeżeli istnieją warunki, zapewniające gojenie się rany bez powikłań, a nałożenie podwiązki mogłoby pociągnąć za sobą obumarcie odpowiedniego narządu, należy bez wahania zastosować szew naczyniowy.

W celu łatwiejszego orjentowania się w razie zranienia naczynia krwionośnego i szybszego wyboru odpowiedniego zabiegu nie od rzeczy będzie podanie wyników, otrzymywanych po podwiązaniu dużych naczyń ciała. Jeżeli nałożenie podwiązki na to lub owo naczynie pociąga za sobą znaczne niebezpieczeństwo, rzecz prosta, należy zastosować szew. Skutki podwiązania tętnic i żył znacznie różnią się pomiędzy sobą, ponieważ system żylny tworzy bardzo rozległą sieć naczyniową i dzięki temu łatwo pokonywa przeszkody, zwalniające lub zupełnie zatrzymujące bieg krwi. Aby krążenie w żyłach mogło być całkowicie wstrzymane, należałoby zamknąć nie tylko główny pień, ale i wszystkie żyły boczne. (Cruvelhier). Należy jeszcze zastrzec, że przytoczone poniżej wyniki możliwe są tyłko wobec zdrowego serca i całego układu krwionośnego; jakiekolwiek cierpienia tego ostatniego znacznie pogarszają wyniki. Podwiązanie aorty naraża serce na tak wielką pracę, że w większości przypadków nie może ono jej podołać. 15 przypadków ogłoszonych jako podwiązanie aorty u człowieka skończyły się śmiercią; z tych w 10 niewątpliwie była podwiązana aorta; jeden chory przeżył 11 dni i zmarł wskutek wtórnego krwotoku. W pojedyńczych przypadkach zwierzęta przeżywały ten zabieg, a więc jak dotąd teoretycznie jest to możliwe i dla człowieka, jeżeli posiada zupełnie zdrowe serce. Podwiązanie aorty powyżej tętnic nerkowych jest bezwarunkowo śmiertelne.

Podwiązanie żyły głównej dolnej poniżej żył nerkowych nie pociąga za sobą żadnych zmian chorobowych, nie występuje nawet obrzęk kończyn dolnych. (Gosset i Lecène). Warunki są jeszcze pomyślniejsze, jeżeli żyła przez dłuższy czas ulegała uciskowi; dwa znane przypadki Bottiniego i Houzela skończyły się pomyślnie. Podwiązanie powyżej żył nerkowych wywołuje ciężkie uszkodzenia nerek, pomimo że istnieją oboczne połączenia pomiędzy żyłami nerkowemi i żyłą główną i nieparzystą (azygos); zwykle występuje śmierć. Podwiązanie powyżej i poniżej żył nerkowych również kończy się śmiercią.

Podwiązując doświadczalnie żyłę wrotną Ito i Omi przyszli do wniosku, że podwiązanie tej żyły sprowadza śmierć bez względu na to, czy ją zamknąć powyżej czy poniżej żyły żołądkowo-śledzionowej. Jeżeli przez stopniowe zwężanie rozwinąć oboczne krążenie, podwiązanie poniżej żyły żołądkowo-śledzionowej nie powoduje śmierci, powyżej zaś zawsze. Jako czynniki, ułatwiające oboczne krążenie i przez to łagodzące zabieg, wymieniają uprzednią omentofixatio lub wytworzenie zrostów pomiędzy kiszkami.

Zamknięcie żyły krezkowej górnej, według Mikulicza i Deckarta, daje taki sam obraz, jak i odpowiedniej tętnicy. Prace Jobsta, Sprengela i Kadera wykazują zaburzenia w krążeniu. Robson po zranieniu podwiązał żyłę krezkową bez wyraźnych zaburzeń w krążeniu; chory wyzdrowiał.

Obustronne podwiązanie tętnicy biodrowej stwarza te same warunki, jak podwiązanie aorty. Jednostronne podwiązanie jest mniej niebezpieczne dla życia; według Wolffa powoduje 50% zgorzeli odpowiedniej kończyny.

Jednostronne podwiązanie żyły biodrowej wspólnej nie powoduje godnych uwagi zaburzeń; drogi oboczne szybko zaczynają działać i po 24 godzinach krążenie wyrównywa się.

Podwiązanie tętn. biodrowej wewnętrznej, nawet obustronne, nie należy do zabiegów niebezpiecznych; bardzo prędko powstają drogi oboczne; podniesienie ciśnienia jest nieznaczne i w wielu przypadkach nie rozwija się przerost serca. Według Wolffa — powoduje ono 11,2% zgorzeli w odpowiedniej okolicy.

Po jednostronnem podwiązaniu żyły biodrowej wewnętrznej drogi oboczne szybko zaczynają działać; obustronne pod-

wiązanie może powodować pewne zaburzenia ze strony pęcherza moczowego.

Zamknięcie tętnicy biodrowej zewnętrznej nie jest niebezpieczne; obustronne — powoduje podniesienie ciśnienia i nieznaczny przerost serca. Zgorzel kończyny występuje rzadko.

Podobne wyniki daje podwiązanie żyły biodrowej zewnętrznej. Po podwiązaniu tętn. udowej wyniki u ludzi i doświadczalne przedstawiają się rozmaicie; podwiązanie u człowieka jest bardzo niebezpieczne, ponieważ często sprowadza zgorzel kończyny; podobne powikłanie u zwierząt zdarza się bardzo rzadko. Tętno w naczyniach krańcowych zjawia się dopiero po dwuch dniach. Wskutek obawy zgorzeli należałoby raczej podwiązywać tętnicę biodrową zewnętrzną.

Podwiązanie żyły udowej powoduje przejściowe zaburzenia ruchowe, jednak z czasem krążenie wyrównywa się zupełnie.

W stosunkach odsetkowych skutki podwiązania tętnic dolnej połowy ciała wyrażają się jak następuje. Podwiązanie tętn. biodrowej wspólnej daje 50% zgorzeli, udowej wspólnej 25%, podkolanowej 14,9%, udowej zewn. 12,7%, biodrowej zewn. 11,2%, żyły udowej wspólnej 5%. Podwiązanie tętnic dolnej kończyny wskutek tętniaków powoduje zgorzel w 13% przypadków, a wskutek krwotoków w 37,5%. Tutaj odrazu uderza różnica, uwarunkowana uprzedniem rozwinięciem się krążenia obocznego.

Co się tyczy kończyny górnej i szyi, to podwiązanie żył nie przedstawia tu wielkiego niebezpieczeństwa. Goldman zaznacza, że podwiązanie żyły szyjnej wsp., pachowej, podobojczykowej i bezimiennej jest zupełnie dozwolone, nawet jednoczesne podwiązanie żyły bezimiennej, podobojczykowej i szyjnej wspólnej przechodzi bezkarnie. Co zaś do tętnic, to podwiązanie tętn. pachowej pociąga za sobą 15% zgorzeli, podobojczykowej i ramiennej 4,8%, bezimiennej 0%. Stosunek odsetkowy po podwiązaniu wskutek tętniaków i krwotoku jest taki sam, jak i dla kończyny dolnej: 5,6% i 13,5%. Wreszcie co do tętn. szyjnej wspólnej to Pilz (1880) oblicza 39,8% śmierci po jej podwiązaniu, le Fort 43%, Zimmermann 31%, Vetere 37%. Po podwiązaniu wskutek krwotoku 59% śmierci, wskutek tętniaków 37%, w guzach 39%, w wycięciach 47% (Klemm).

Jednoczesne podwiązanie tętnicy i odpowiedniej żyły znacznie pogorsza warunki (Niebergall).

Plastyka naczyń i przeszczepianie narządów.

Pomyślne wyniki doświadczalne szwu naczyniowego dały pochop do dalszych badań i powstania całego szeregu pytań, których rozwiązanie pomyślne znacznie rozszerzyłoby zastosowanie szwu naczyniowego. A więc 1) czy można przeszczepić kawałek tętnicy do tętnicy u tego samego gatunku zwierzęcia, 2) czy można przeszczepić kawałek tętnicy z innego gatunku, 3) czy można przeszczepić kawałek tętnicy z martwego zwierzęcia, 4) czy można przeszczepić kawałek żyły do tętnicy, wreszcie 5) czy można przeszczepić cały narząd?

Wyniki badań, podjętych w tym kierunku, okazały się dodatnie, chociaż, jak dotąd, oparte na niewielkim materyale.

Höpfner, stosując sposób Payra, przeszczepiając kawałki tętnic w granicach tego samego gatunku, otrzymał na trzy doświadczenia dwa wyniki ujemne. Stich sposobem Carrela zrobił dwa doświadczenia i po 14—40 dniach otrzymano 60% dodatnich wyników.

Przeszczepiając z jednego gatunku na drugi, Höpfner na 3 doświadczenia otrzymał wszystkie ujemne; Stich wykonał 6 doświadczeń z 3 dodatnimi wynikami.

Przeszczepiono kawałek tętnicy szyjnej psa do aorty królika, po 15 dniach wynik dodatni; drugi przypadek — taki sam; w trzecim przypadku przeszczepiono kawałek aorty królika do tętn. szyjnej psa; ten ostatni przypadek badano po 52 dniach; światła naczyń zawierały ścienne skrzepy, pomiędzy którymi jednak było widać prawidłową błonę wewnętrzną. Mikroskopowo stwierdzono daleko posunięte zmiany w przeszczepionych kawałkach w porównaniu z budową ściany naczynia gatunku, z którego kawałek był wzięty. W aorcie królika znaleziono znaczne nacieczenie małemi komórkami w warstwach powierzchownych błony wewnętrznej; głębsze warstwy i błona środkowa – bez zmiany; w bł. zewnętrznej i tkance okołonaczyniowej sprawy rozrostowe. W przypadku przeszczepienia aorty królika do t. szyjnej psa znaleziono duże zmiany; nie można już było odróżnić oddzielnych warstw w ścianie naczynia. Ward również sposobem Carrela przeszczepił kawałek aorty królika do t. szyjnej psa i zbadał po 70 dniach: drożność zachowana; bło-

na wewnętrzna pokryta warstwą włóknika; warstwa mięśniowa częściowo zanikła i ścieńczała; pomiędzy warstwami krwawe wylewy; na miejscu zniszczonych tkanek rozwinęła się tkanka łączna; błona sprężysta zupełnie zanikła — sprawność czynnościowa jednak nie wiele na tem straciła. Podobny wynik otrzymał i Capelle po 50 dniach. Dodatnie wyniki stanowią 45%.

Co do przeszczepiania kawałków tętnic ze zmarłych zwierząt, to Stich wykonał 5 podobnych doświadczeń. Brał materyał w 15 min.—1½ godz. po śmierci i przed użyciem przechowywał w roztworze soli; nie udały się dwa doświadczenia. Zajmująco opisuje powrót do życia martwych kawałków: „ściana kawałka tętnicy, przechowanego w roztworze soli, na początku wszczepienia była wyraźnie rozpęczniała i wybitnie biała. Nie było widać ani śladu naczyń włosowatych, które zwykle można dobrze widzieć na kawałkach wyciętych z żywych zwierząt. Po wykonaniu zabiegu, ściana kawałka wszczepionego miała wygląd zupełnie bezkrwisty, tak że wyrażano obawę, czy wogóle jest możliwy powrót krążenia krwi w ścianie. Po kilku jednak minutach widać było dobrze, jak naczynia włosowate stopniowo napełniały się i, co dziwne, poczynając od środka wszczepionego kawałka, podczas gdy końce w pobliżu szwu pozostawały bezkrwiste. Po kwadransie można było widzieć naczynia włosowate wypełnione w całym kawałku“. W przypadkach dodatnich, badanych po 4, 5 i 11 dniach, tętnice przedstawiały wygląd zupełnie prawidłowy, bez śladów zgorzeli. Levin i Larkin przeszczepili również kawałek aorty psa, przechowany w 4% formalinie; po 11 dniach szwy trzymały i światło było drożne; w mniej udatnych przypadkach znaleźli w świetle skrzepy z licznymi otworami. Dodatnie wyniki stanowią 68%.

Kawałki żył do tętnic wszczepiało wielu badaczów. Höpfner na 10 doświadczeń otrzymał wszystkie ujemne wyniki, również Exner w 6 doświadczeniach. Goyanes przeszczepiał kawałki żyły udowej do jednoimiennej tętnicy; zaraz po operacyi drożność była, w króktim jednak czasie wytwarzała się skrzeplina. Następnie 10 razy przeszczepił kawałki żyły głównej dolnej do aorty; po operacyi wynik pomyślny, w krótkim czasie cztery psy zmarły w dniu operacyi, cztery żyły więcej niż 36 godzin, dwa żyły od 4—6 dni.

W jednym przypadku na czwarty dzień śmierć wystąpiła wskutek krwotoku; u psa, który przeżył sześć dni wskutek powikłań laparotomijnych zrobiono wiwisekcję — aorta pulsowała prawidłowo. Carrel i Guthrie w jednym przypadku przeszczepili kawałek żyły udowej do tętn udowej z dobrym wynikiem. Stich na 6 przypadków otrzymał dwa dodatnie wyniki po 20 i 65 dniach. Trudność połączenia powstaje z powodu różnicy w grubości ściany i wielkości światła; wskutek silniejszego uderzenia fali krwi tętniczej miejsce szwu rozciągało się i trzeba było dodawać szwy węzełkowe. Na ostatnim Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w 1908 roku Stich podał wyniki późniejszych swoich badań, a mianowicie, że kawałek żyły wszczepiony do tętnicy wskutek rozrostu włókien sprężystych błony wewnętrznej przystosowuje się do ciśnienia krwi tętniczego i nawet po roku nie zdradza skłonności do rozszerzania się. Również Fischer i Capelle stwierdzają zgrubienie ściany żyły w celu przystosowania się do ciśnienia. Lexer w 1907 r. przeszczepił u człowieka kawałek żyły nożnicowej do tętn. podobojczykowej z dobrym wynikiem.

Dodatnie wyniki stanowią 12%.

Wreszcie, co do przeszczepiania całkowitych narządów, to pierwszy Decastello przeszczepił nerkę z jednego zwierzęcia na drugie sposobem Payra; nerka 40 godzin wydzielała, z czego trzeba wnosić, że światło naczyń utrzymało się; zebrano 1200 ctm. krwawego moczu. Ullman również sposobem Payra przeszczepił nerkę na szyję zwierzęcia, utworzywszy dla niej łożysko w tkance podskórnej; nerka wydzielała przez 5 dni. W 1902 roku przedstąwiał w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem kozę, której przeszczepił nerkę psa na szyję; nerka wydzielała mocz. Stich przeszczepił dwa razy nerkę na szyję tego samego i innego psa; obserwowano w ciągu wielu dni wydzielanie się moczu z moczowodu; zwierzęta poumierały wskutek ropnego wstępującego zapalenia miedniczek i nerek. W 3 przypadku wszczepiono nerkę do naczyń biodrowych, a moczowód do pęcherza moczowego; po trzech tygodniach pies umarł, nerka jednak makro i mikroskopowo pozostała bez zmiany.

Unger na zasadzie szeregu doświadczeń przychodzi do wniosków, że 1) wszczepienie usuniętej nerki na poprzednie miejsce jest prawie niewykonalne wskutek technicznych trud-

ności; 2) wszczepienie na szyję udaje się łatwo, sprowadza jednak szybko śmierć wskutek zanieczyszczenia rany; 3) wszczepienie do nączyń biodrowych jest najodpowiedniejsze.

Doświadczenie Carrela i Guthrie, polegające na przeszczepieniu obu nerek wraz z moczowodami i pęcherzem, Ungerowi nie udało się.

Höpfner w 3 przypadkach przyszył odciętą tylną kończynę psa; w pierwszym przypadku po 24 godzinach nastąpiła zgorzel kończyny; w drugim kończyna utrzymała się 11 dni; przy zmianie opatrunku gipsowego pies zmarł w uśpieniu. Okazało się, że na przestrzeni $^2/_3$ nastąpił zrost przez rychłozrost; na $^1/_3$ skóra rozeszła się, lecz rana była pokryta zdrową ziarniną; mięśnie i naczynia mocno połączone, tylko kość, obnażona na dużej przestrzeni, wykazywała małą skłonność do zrostu. Trzeci przypadek zupełnie nie udał się. Ostatnio Carrel ogłosił przypadek zupełnie udatnego przeszczepienia kończyny z psa na psa po zeszyciu naczyń, nerwów i jednoimiennych tkanek; pies zmarł po 22 dniach wskutek zapalenia płuc, gdy noga już zupełnie przygoiła się przez rychłozrost.

Po przejrzeniu sprawy szwu naczyniowego dochodzimy do wniosków; że 1) częściowe rany naczyń powinny być zawsze zeszywane, jeżeli istnieją warunki, sprzyjające zagojeniu, a nawet bez tych, jeżeli podwiązka pociągnęłaby za sobą zgorzel, 2) rany tętnic całkowite należy zeszywać, ponieważ podwiązka może pociągnąć za sobą zgorzel narządu, podczas gdy szew albo utrzymuje drożność, albo daje czas do rozwinięcia się krążenia obocznego, 3) rany pewnych żył: wrotnej i głównej ponad nerkami powinny być zawsze zeszywane; co do innych żył, to szew stanowi zabieg idealny, do którego powinno się dążyć; podwiązka może być stosowana w rozleglejszych granicach, niż w stosunku do tętnic, 4) plastyka naczyń jest możliwa i w chirurgii ludzkiej z wynikiem pomyślnym, o czem świadczy przypadek Lexera; 5) przeszczepianie całkowitych narządów nie przekracza dotąd sfery doświadczalnej, a zastosowanie praktyczne należy do przyszłości.

PIŚMIENNICTWO.

Alegiani. Compressione e allacciatura temporanea delle arterie. Centr. f. Chirurg. № 38. 1902.

Braun. Ueber den seitlichen Verschluss von Venenwunden. Arch. f. klin. Chir. 1883 Bd. 28.

Cherie-Lignière. Contributo sperimentale allo studio della protesi dei vasi coi metalli riassorbibili. Centr. f. Chir. № 51, 1905.

A. Carrel. La Transplantation des Membres. Rev. de Chir. 1908.

Congrès Franc. de Chirurgie. Rev. de Chirurgie V. XXXIV.

Dorrance. An experimental study of suture of arteries with a description of a new suture. Ann. of Surgery 1906.

Dörfler. Ueber Arteriennaht. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 25 H. 3.

Fr. Faykis. Die Arteriennaht. Beitr. z klin. Chir. Bd. 56. H 8.

Gluck. Zwei Fälle von Aortaaneurysmen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 28.

Goldman. Ueber die Unterbindung von grossen Venenstämmen. Beitr. z klin. Chir. Bd. 47. H. 1.

Höpfner. Gefässtransplantation und Replantation amputierten Extremitaten. Arch. f. klin. Chir. Bd. 70. H. 2.

Heidenhain. Ueber Naht von Arterienwunden. Centr. f. Chir. № 49. 1895.

Houzel. De la ligature des veines. Rev. de Chir. 1903.

Iensen. Ueber circuläre Gefässutur. Arch. f. kl. Chir. Bd. 69. M. 4.

Iianu. Jahresber. f. Chir. 1905.

Jacobsthal. Ueber die Naht der Blutgefässe. Sammlung klin. Vorträge № 396. Leipzig.

Kümmel. Ueber circuläre Gefässnaht bei Menschen. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 26. H. 1.

Katzenstein. Die Unterbindung der Aorta. Arch. f. kl. Chir. B. 76. H. 3.

Levin and Larkin. Transplantation of devitalised arterial segments Centr. f. Chir. № 41. 1908.

Offergeld. Ueber die Unterbindung der grossen Gefässe des Unterleibes. Deutsch. Zeit. f. Chir. Bd. 88.

Payr. Beitrag zur Technik der Blutgefässe und Nervennaht. Arch. f. klin. Chir. Bd. 62. H. 1.

Payr. Weitere Mittheilungen ueber Verwendung des Magnesiums bei der Naht der Blutgefässe. Arch. f. kl. Chir. Bd. 64.

Payr. Zur Frage der circulären Vereinigung von Blutgefässen mit resorbirbaren Prothesen. Arch. f. klin. Chir. Bd. 72.

Reinsholm. Die verschiedenen Methoden für circuläre Vereinigung grösserer Arterien und Venenstämme. Cent. f. Chir. № 28. 1904.

Schmitz. Die Arteriennaht. Deutsch. Zeit. f. Chir. Bd. 66.

Stich, Makkas, Dowman. Beiträge zur Gefässchirurgie, circuläre Arteriennaht und Geffässtransplantation. Beitr. z. klin. Chir. Bd. 53.

Schede. Einige Bemerkungen ueber die Naht von Venenwunden. Arch. f. klin. Chir. Bd. 43.

Tomaselli. Sugli esiti lontani della sutur col metodo dell'affrontamento dell'endotelis e sui processi di guarigione delle ferite arteriose. Centr. f. Chir. № 20. 1906.

Ward. Histological changes in transplantated blood vessels. Centr. f. Chir. № 41. 1908.

Wolff. Die Häufigkeit der Extremitetennekrose nach Unterbindung grosser Gcfässtäme. Beitr. z. klin. Chır. Bd. 58. H. 3.

Watts. The suture of blood vessels. Centr. f. Chir. 1907.

80 Versamml. deutsch. Naturforsch. und Aerzte. Centr. f. Chir. № 46. 1908.

Świętecki Jan. Przypadek szwu tętnicy udowej. Medycyna. 1906 r.

STRESZCZENIA POJEDYŃCZE.

II. GINEKOLOGIA I POŁOŻNICTWO.

M. Nassauer. *Leczenie „upławów“.*

Autor robi przegląd wszystkich zachorzeń i nieprawidłowości całego ustroju, w których upławy występują jako mniej lub więcej wybitny objaw. W znacznej liczbie przypadków, szczególniej u dziewcząt, upławy są wyrazem bladaczki, gruźlicy, zaparcia stolca i t. p. nieprawidłowości ustrojowych. W tych razach, wraz z wyleczeniem ogólnej choroby, znikają upławy bez leczenia miejscowego

Następnie upławy istnieją stale we wszystkich prawie zapalnych zachorzeniach narządów płciowych a także w nowotworach łagodnych i złośliwych. W końcu—upławy mogą towarzyszyć zachorzeniom w okolicy narządów płciowo-rodzajnych, jak również wywołać je może mechaniczne podrażnienie części płciowych przez ciała obce, wianki maciczne, samogwałt, nadmierne przepłukiwania, przyżegania lekarskie i t. p.

Upławy stanowią niezaprzeczenie podmiotowy objaw najwięcej dolegliwy i przygnębiająco oddziaływający na kobietę; usunięcie ich byłoby o tyle pożądane, o ile dotychczas bywało zaniedbane. Obok bowiem leczenia przyczynowego, to jest leczenia zachorzeń powodujących upławy, wymagają upławy i leczenia objawowego, takiego np. jak ból głowy, który w wielu razach bywa leczony objawowo, niezależnie od wywołującego go zachorzenia. Tego w leczeniu upławów nie czyniono — a zajmowano się tylko leczeniem zachorzenia przyczynowego; a jednak o tem pamiętać należy.

Celem bezpośredniego zwalczania upławów, można przedsiębrać za dużo i za mało. Długie lata lekarze robili w tym celu za dużo: za dużo przyżegano i palono, szczególniej w ostrych zapalnych stanach macicy; przyżegano śluzówkę szyi macicy w ropnym nieżycie tejże najczęściej pochodzenia rzeżączkowego. Tak samo obchodzono się ze śluzówką ciała macicy: przemywano jamę macicy, zakładano tam rozmaite pałeczki; wprowadzano do pochwy zmaczane lekarstwami waciki, czopki,

maście, drożdże i t. d. w mniemaniu, iż w ten sposób działa się bezpośrednio i niszczy się bodźce zapalne.

Wyniki takiego postępowania nie były zachęcające. Jako szczyt leczenia tego rodzaju należy uważać zalecanie chorym przestrzykiwań pochwowych; dodanie do wody, używanej do przestrzykiwania, środków mniej lub więcej drobnoustrojobójczych miało niszczyć bodźce, wywołujące upławy.

Autor udowadnia, że mianowicie przestrzykiwania wszelkiego rodzaju są najzupełniej nieodpowiednie. Szczególniej przestrzykiwania płynami odkażającymi uważa za zupełnie bezwartościowe i przekłada nad nie napar rumianku.

Z dzisiejszego sposobu leczenia ran przez utrzymywanie ich w suchości, autor wnioskuje, iż najodpowiedniejszem i najwłaściwszem postępowaniem w leczeniu upławów jest wsypywanie do pochwy obojętnego proszku bardzo hygroskopijnego. W tym celu używa białej glinki (bolus alba), którą wdmuchuje do pochwy za pomocą pomyślanego przez się przyrządu.

Przyrząd ten, nazwany przez autora „Siccator“, składa się z szklanej gruszki, która wprowadzona do pochwy zupełnie ją zamyka. Przez środek tej gruszki przechodzi rurka szklana, której przedni koniec otwiera się na zewnątrz w węższej części gruszki, tylny zaś rozszerza się w zbiornik, zamykany korkiem gumowym. Może on pomieścić w sobie 2 — 3 gramy proszku. Zbiornik ten zwęża się na drugim swoim końcu znów w rurkę, połączoną z pompką gumową. Zastosowanie przyrządu jest bardzo proste: zbiornik napełnia się 1 — 2 gr. wyjałowionego proszku glinki białej i szczelnie go się zakorkowuje. Następnie wprowadza się gruszkę do pochwy, lewą ręką utrzymuje się ją w danem położeniu, prawą zaś ręką naciska się mocno 3—4—5 razy pompkę gumową. Wdmuchnięty proszek zasypuje wszystkie fałdki i zagłębienia w pochwie. Rękoczyn ten należy po wypuszczeniu powietrza z pochwy jeszcze raz ponowić. Pacyentce zaleca się nie robić przestrzykiwań, a po 2 — 3 dniach należy znowu wsypać proszek, oczyściwszy uprzednio wacikiem pochwę z oblepiającej ją wydzieliny śmietankowatej, zawierającej obok proszku glinki części składowe upławów. Zasypywanie to może pacyentka sama w domu uskuteczniać, lecz w takim razie dla usunięcia wydzieliny, pokrywającej pochwę, musi przed rękoczynem zrobić przestrzyknięcie naparem rumianku.

W ten sposób autor leczył dotychczas około 100 pacyentek i z wyników jest bardzo zadowolony; na drugi dzień lub po 2—3 dniach, jak chore utrzymywały, upławy zniknęły i chore pozbawiały się przykrej wilgoci.

Zamiast glinki białej można stosować inne proszki. Autor jednak jest z niej tak zadowolony, że poleca użycie jej do dalszego wypróbowania.

(Münch. med Woch. 1909 № 15).

I. ROSENTHAL.

M. Stolz. *O wewnątrzotrzewnem skróceniu więzów obłych.*

Z trzech przyjętych sposobów wewnątrzotrzewnego skrócania więzów obłych, a mianowicie: 1) zwykłego skrócenia przez sfałdowanie; 2) z przyszyciem wytworzonego fałdu do przedniej ściany macicy; 3) z przyszyciem—do tylnej ściany macicy, ten ostatni sposób jest uważany przez autora za najlepszy.

Za pomocą silnych szczypców, nałożonych na każdy z więzów obłych, unosi się macicę ku góre, następnie łapie się kleszczykami anatomicznymi więzy obłe na odległości 0,5 cm. od macicy, i ponad przyczepem jajowodu odciąga się je ku tyłowi stopniowo przyszywając naciągniętą część do tylnej ściany macicy, dopóki ta ostatnia nie leży prawidłowo t. j. w przodozgięciu. Przeciętnie trzy szwy z każdej strony wystarczają. Ostatnio autor nakładał czwarty szew, który łączy oba więzy ze sobą i jednocześnie przytwierdza je do tylnej ściany macicy.

W ten sposób środkowa część więzów obłych zostaje ukośnie przytwierdzona do tylnej ściany macicy. Dzięki kierunkowi, nadanemu fałdowi, a więc z góry na dół i z przodu ku tyłowi, napięcie więzów obłych podnosi macicę oraz odpycha ją ku przodowi, inaczej mówiąc—utrzymuje we właściwem położeniu.

Zwykłe sfałdowanie więzów obłych, czy też przyszycie fałdu do przedniej ściany unosi macicę ku górze oraz utrzymuje ją w lekkiem przodopochyleniu, lecz nigdy, według autora, nie może ułatwić przodozgięcia.

(Monat. f. Geburtsh. und Gyn. April, 1909).

M. KASPEROWICZOWA.

Unterberger. *Torbiele gartnerowskie, wydobyte drogą cięcia brzusznego.*

Do oddziału U. przybyła 43-letnia kobieta z powodu bardzo obfitych peryodów. Chora odbyła 5 prawidłowych porodów, ostatni przed 5 laty. Od 6 miesięcy peryody są nieprawidłowe, nadmiernie obfite, powtarzały się co 2 — 3 tygodnie.

Przed 3 miesiącami chora zauważyła guz w prawej połowie brzucha, który od czasu do czasu powiększa się i twardnieje, lub też po obfitych krwawych i ropnych upławach objętość guza maleje i guz mięknie. Na znaczniejsze dolegliwości chora nie uskarża się, ale siły opuszczają ją z dnia na dzień.

Chora wyniszczona i małokrwista. Ciepłota prawidłowa. Tętno = 100. W narządach wewnętrznych nic szczególnego. Stare rozdarcie krocza, descensus vaginae. Szyja macicy—wysoko i skierowana w lewą stronę. Przez tylne sklepienie wyczuwa się okrągły miękki guz, wypełniający całą tylną część miednicy; jest on w związku z drugim guzem, o charakterze torbieli, położonym na prawo i sięgającym pępka. Obok tego

w przedłużeniu szyi wyczuwa się ciało, podobne do macicy, oraz drobne guziki w okolicy. Wszystkie wyczuwane guzy są nieruchome.

Z powodu krwotoku, który wystąpił podczas badania, dokonano natychmiast wyłyżeczkowania macicy. Wydobyto kilka kawałków śluzówki z obszernej i cokolwiek nieprawidłowej jamy macicy. Od naciskania guza, położonego poza macicą, przez ujście zewnętrzne macicy wydobywała się obficie ciecz wodnista i krwawa, o mdłym zapachu; objętość owego guza stopniowo zmniejsza się. Natomiast guz, położony w stronie prawej, pozostaje napięty.

W ciągu dni następnych wydzielina z macicy wydobywa się w dalszym ciągu i chora czuje się coraz słabszą. Na skutek tego w uśpieniu spróbowano usunąć guz, położony w dole Douglasa przez pochwę, ale to okazało się niemożliwem. Wobec tego zaszyto pochwę z powrotem. Po 14 dniach bezgorączkowych chora wstała, ale już po kilku dniach ciepłota zaczęła podnosić się do 38^0, upławy zaczęły cuchnąć i stan ogólny chorej znacznie pogorszył się. Wobec tego postanowiono wyłuszczyć guz doszczętnie drogą cięcia brzusznego. Po otwarciu jamy brzusznej okazało się, że macica jest odsunięta na lewo i ku górze wraz z przydatkami, znajdującymi się w stanie nieznacznego obrzmienia zapalnego; oba ujścia jajowodów zamknięte; prawy jajnik, tudzież prawy wiąz okrągły są zrośnięte z guzem torbielowatym, położonym pomiędzy listkami wiązu szerokiego.

Po podwiązaniu i przecięciu wszystkich więzów oraz nacięciu otrzewnej, pokrywającej torbiel, przystąpiono do jej wyosobnienia, które okazało się niemożliwem dzięki niezwykle silnym zrostom tejże z częścią pochwową macicy; torbiel w dole Douglasa była zrośnięta z macicą w ten sam sposób. Wobec tego dokonano nadpochwowego odcięcia macicy i powłoki brzuszne zeszyto w sposób zwykły.

Przebieg, począwszy od 2 dnia, gorączkowy. Mimo to rana brzuszna zagoiła się przez rychłozrost. 10 dnia wystąpiły bóle w miednicy i zatrzymanie wiatrów. 11-go dnia stwierdzono wysięk przy kikucie. 16 dnia chora zmarła w objawach wyczerpania mięśnia sercowego. Oględziny wykazały pelveo-peritonitis circumscripta.

Preparat wydobytych torbieli okazał się wysoce interesującym. Torbiele, z których każda wielkości głowy dziecka, są połączone z macicą przy pomocy kanałów długości 2 cm., które to kanały przebijają ścianę szyi i łączą się z jej światłem w ten sposób, że prawy otwiera się wprost do kanału szyi tuż poniżej ujścia wewnętrznego macicy, a lewy wpada do prawego w niewielkiej odległości od światła szyi.

Badanie drobnowidzowe wyjaśniło, że kanały omawiane

są przewodami Gartnera. W kanałach tych powstają niekiedy nowotwory, z których najczęściej spotykane bywają torbiele.

Z podobnemi torbielami miano do czynienia w przypadku omawianym. Rozpoznanie tych tworów przed operacyą jest prawie niemożliwe wobec braku wyraźnych swoistych dla nich objawów.

Za charakterystyczne dla torbieli gartnerowskich do pewnego stopnia uważać można ścisłe połączenie tychże z szyją macicy, tudzież unieruchomienie wobec zupełnego braku wrażliwości samoistnej i dotykowej. Torbiele innego rodzaju, unieruchomione w następstwie spraw zapalnych, obmacywane są zawsze bolesne.

Rokowanie w omawianych torbielach jest mniej pomyślne, niż w zwykłych torbielach jajnika. Scisłe połączenie guza z macicą wikła i utrudnia zabieg operacyjny; wyłuszczenie doszczętne torbieli gartnerowskich wymaga prawie zawsze usunięcia macicy wraz z przydatkami.

(Monats. f. Geb. und Gyn. 1909. № 5).

BRABANDER.

H. Cramer. *Jajnik a zmięknienie kości.*

Stwierdzony przez doświadczalne trzebienie wpływ gruczołów płciowych na rozwój kości kazał szukać przyczyny zmięknienia kości w chorobie jajnika. Jednak nie zdołano dotąd wykazać zmian drobnowidzowych gruczołu w czasie tej choroby, można więc jedynie przypuszczać zmiany czynnościowe.

Przeciwko temu świadczą spostrzeżenia kliniczne, gdyż nie zawsze trzebienie dawało dobre wyniki, nawet znane są przypadki, w których, pomimo zachowania gruczołów, leczenie fosforem lub adrenaliną usuwało objawy chorobowe.

Z drugiej strony zmięknienie kości spotyka się najczęściej u kobiet dojrzałych, a więc gdy czynności gruczołu są w pełnym rozkwicie, osoby zaś młode prawie nie podlegają tej chorobie. Trzebienie kobiet dojrzałych daje wyniki pomyślne, przeciwnie u osób starszych, t. j. w czasie zaniku gruczołu, pozostaje bez wpływu na przebieg choroby.

Fakty powyższe świadczą, że chociaż przyczyną zmięknienia kości nie jest choroba jajnika, jednak gruczoł ten ma wpływ niewątpliwy na przebieg choroby.

Wpływ ten polega, zdaniem Cramera, na wzmożonem wydzielaniu wewnętrznem w pewnych okresach. W ten sposób dają się objaśnić pogorszenia objawów chorobowych w czasie miesiączkowania oraz w czasie ciąży. Twierdzenie to obala dotychczasowo przyjęte mniemanie, że zapady w czasie ciąży są spowodowane zmianami w przemianie materyi, właściwemi temu okresowi.

Wychodząc ze swego rozumowania, Cramer uważa za właściwe, o ile to jest wykonalne, trzebienie ciężarnych bez przerywania ciąży. Na poparcie swego twierdzenia opisuje operowany przez się przypadek. Przypadek ten dotyczył chorej, która już w przebiegu poprzedniej ciąży cierpiała na objawy zmięknienia kości. Stan ogólny polepszył się po porodzie, jednak w czasie każdej miesiączki następowało krótkotrwałe pogroszenie.

Od czasu ponownego zajścia w ciążę (od 2 miesięcy) wszelkie ruchy oraz praca stały się niemożliwe. Autor dokonał trzebienia bez przerwania ciąży. Po 18 dniach ustąpiły objawy zmięknienia, tak że chora powróciła do pracy. Dalszy przebieg ciąży prawidłowy.

(Münch. Med. Wochenschrift 1909. № 11).

M. KASPEROWICZOWA.

P. Lècene. *Pierwotny rak jajowodu.*

Autor utrzymuje, że pierwotny rak jajowodu zdarza się nie tak rzadko, jak to powszechnie przypuszcza się.

L. operował chorą, u której rozpoznano włókniaki macicy i przewlekłe zapalenie przydatków tejże. Wykonano wycięcie macicy i przydatków. Znaleziono: prawy jajowód zgrubiały i nierówny, na przecięciu światło jego było wypełnione masami miękkiemi zgorzelinowemi. Mikroskopowo zmiany te niewiele różniły się od tych, jakie spotyka się w zwykłych zapaleniach przewlekłych. Badanie drobnowidzowe wykazało jednak, że był to rak. Znaleziono oprócz tego dwa ogniska przerzutowe, jedno w górnej części szyi macicy, w mięśniówce, zdala od śluzówki, drugie ognisko w lewym jajniku. Oba te ogniska autor uważa za wtórne, gdyż kształt i układ komórek były w nich takie same, jak w prawym jajowodzie.

Powołując się na wyżej opisany przypadek i na zdanie Quénu et Longueta („Les tumeurs des trompes“); Kehrera („Contribution à l'étude du cancer des trompes“) autor dochodzi do wniosku, że dosyć często rak jajowodu nie bywa rozpoznawany, a przyjmuje się go za banalne zapalenie przewlekłe. Tylko badanie drobnowidzowe może tu rozstrzygnąć wątpliwości.

(Annales de Gynécologie et d'Obstétrique Juiltet 1909).

B. WEISBERG-BISZOFSWERDEROWA.

Stroganow. *Wyniki leczenia zapobiegawczego drgawek porodowych na zasadzie 330 przypadków.*

Istota drgawek porodowych pozostaje dotychczas niewyjaśniona.

Wiemy tylko, że napady drgawek w 80% przypadków nie trwają dłużej po nad 24 godziny i że po rozwiązaniu w większości przypadków napady słabną. Nie ulega także wątpliwości, że pod wpływem środków odurzających, jak morfina, chloral i chloroform tracą drgawki swe natężenie i nawet zupełnie ustępują.

Wiadomo również, że podrażnienia zewnętrzne mogą wywołać napad i odwrotnie usuwanie czynników drażniących daje wyniki pomyślne. Niezmiernie ważne jest w leczeniu drgawek porodowych wprowadzanie do ustroju dużych ilości tlenu i płynów.

Wychodząc z założeń powyższych, autor jeszcze przed 10 laty podał metodę zapobiegawczo-lecznicą drgawek porodowych, którą uskutecznia w sposób następujący. Zaraz po przybyciu chorej wstrzykuje 0,01 – 0,02 morfiny i bada chorą w uśpieniu chloroformowem. O ile warunki pozwalają na wykonanie operacyi typowej, przyśpiesza zakończenie porodu, w przeciwnyw razie chora zostaje umieszczona w ciemnym, cichym pokoju, ażeby usunąć wszelkie podrażnienia zewnętrzne. W tym samym celu autor unika kąpieli i zadawalnia się oczyszczaniem skóry przy pomocy mokrego ręcznika. U chorych nieprzytomnych stosuje wlewania odbytnicowe tylko wobec przepełnienia kiszek.

W godzinę później chora otrzymuje 2,0 grm. chloralu; w 3 godziny po chloralu 0,015 morfiny, w 3 — 4 godziny po morfinie znowu 2,0 chloralu a następnie w odstępach 4 — 6 — 8 godzinnych po 2,0 chloralu.

Jeżeli pomimo to napady ponawiają się, to należy zastosować chloroform.

Wobec takiego postępowania drgawki występują rzadko i w końcu chora rodzi samoistnie, lub też warunki zmieniają się tak dalece, że można zakończyć poród przy pomocy operacyi typowej. Jeżeli po porodzie tętno jest napięte, chora niespokojna i uskarża się na silny ból głowy a tembardziej w razie powtarzania się drgawek, chorą należy odurzać w dalszym ciągu.

Wyczerpania się sprawy ku końcowi pierwszego dnia można spodziewać się, jeżeli świadomość jest wolna, jeżeli ilość moczu zwiększa się i tętno staje się miękkiem, nawet przed zakończeniem porodu.

Jeżeli poprawa nie nastąpiła w ciągu pierwszej doby, odurzanie należy stosować w dalszym ciągu; chora otrzymuje 3 razy dziennie po 1,0—1,5 grm. chloralu. W przypadkach zaniedbanych, połączonych z obrzękiem płuc, należy odurzać z większą ostrożnością.

Jeżeli napady są bardzo uporczywe, a warunków na wykonanie operacyi typowej niema, autor stosuje heroiczne daw-

ki leków odurzających w ciągu 5 — 6 godzin: 4,0 — 5,0 chloralu + 0,03 — 0,04 morfiny + chloroform. W razie niepowodzenia przystępuje do cięcia cesarskiego, lub też do rozwiązania gwałtownego.

Obok środków wymienionych każda chora otrzymuje 4—5 r. dziennie po 150, — 250,0 roztworu fizyologicznego soli, dużo mleka, słabej herbaty i t. p. W razie szybkiego i drobnego tętna zaleca się naparstnicę.

Cewnikowanie, zastrzykiwania podskórne, badanie wewnętrzne i zewnętrzne oraz wlewania wykonywane są w uśpieniu chloroformowem.

Działalność skóry autor podtrzymuje, umieszczając chorą w możliwie ciepłym pokoju. Do zabiegów wodoleczniczych nie ucieka się, gdyż działają one, zdaniem autora, niekorzystnie na oddech i krążenie oraz wywołują tak niebezpieczne w drgawkach porodowych podrażnienie zewnętrzne. Do upustów krwi autor przystępuje wyłącznie w przypadkach obrzęku płuc, wobec tętna napiętego i tylko po rozwiązaniu. Zaleca chętnie suche bańki, gwoli zapobieżeniu obrzęku płuc.

Drgawki ciążowe po podanym sposobie leczenia w większości przypadków szybko mijają i chora może spokojnie oczekiwać na urodzenie w czasie właściwym. W razie ponawiania się napadów należy przerwać ciążę przed terminem ostatecznym.

330 przypadków drgawek, leczonych metodą autora, dało 23 zejścia śmiertelne, czyli 6,9% śmiertelności. W większości przypadków śmierć nastąpiła wskutek powikłań, jak zapalenie płuc, posocznica, krwotoki. Śmierć bezpośrednio od drgawek dotknęła chore, przywiezione w stanie beznadziejnym.

Autor jest pewien, że śmiertelność nie wyniosła by więcej po nad 1% — 2%, gdyby wszystkie spostrzegane przez niego przypadki były leczone metodą wymienioną od samego początku, kiedy groźne powikłania nie zdołały jeszcze wystąpić.

Śmiertelność dzieci wyniosła 21,6%, liczba, zdaniem autora, stosunkowo niewielka.

Autor gorąco poleca swą metodę, będąc przekonany, że tą drogą można wiele istnień ludzkich ocalić od niechybnej śmerci.

Metoda Stroganowa na zachodzie niema prawie zwolenników. Z wyjątkiem prof. Rosthorna, akuszerowie niemieccy nie używają jej wcale i uważają statystykę Stroganowa za subjektywną i błędną.

(Monats. f. Geb. und Gyn. № 5. 1909).

BRABANDER.

W. Latzko. *Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne. Jego historya, technika i wskazania.*

Pomysł otwierania dróg porodowych ponad wejściem do miednicy celem wydobycia płodu bez przecinania trzonu macicy należy do Jörga. Radził on mianowicie w 1806 r., po otwarciu jamy brzusznej przecinać nie trzon macicy, lecz pochwę a wraz z nią, jeśli potrzeba, i usta maciczne, tą drogą wydobyć płód z macicy. Do wykonania tej typowej operacyi wewnątrzotrzewnej nigdy jednak nie doszło. Pomysł Jörga pobudził w r. 1820 Ritgena do wykonania operacyi podobnej, bo polegającej na przecięciu u ciężarnej pochwy i części pochwowej macicy ponad spojeniem łonowem celem wydobycia płodu, lecz różniącej się od operacyi Jörga tem głównie, że części tych dosięgano, po przecięciu powłok brzusznych, nazewnątrz otrzewnej. Chora ta zmarła.

W r. 1829 Physick zaproponował zamiast cięcia cesarskiego klasycznego operacyę pozaotrzewną, bardzo zbliżoną do nowoczesnych tego rodzaju operacyi. Radził on przeciąć poprzecznie ścianę brzuszną ponad spojeniem łonowem i odsunąć otrzewną od wierzchołka pęcherza. Tym sposobem odsłania się ta część szyi macicznej, w której granicach otrzewna zawija się na pęcherz moczowy. Następnie radził wykonać cięcie poprzeczne na szyi macicznej i tym sposobem otworzyć jamę macicy na takiej przestrzeni, aby można było wydobyć płód na zewnątrz.

Beaudelocque pokusił się dwa razy na wykonanie operacyi, podobnej do operacyi Ritgena, i nazwał ją gastroelytrotomią, lecz pierwsza operowana zmarła od utraty krwi, druga zaś wskutek zakażenia.

Wogóle operacya ta wskutek niepomyślnych wyników, jakie dawała, bywała coraz rzadziej wykonywana i dopiero w ostatnich trzydziestu latach przeważnie lekarze amerykańscy i angielscy powracali do niej od czasu do czasu.

Ciężki cios tej operacyi zadało wskrzeszenie i udoskonalenie przez Saengera klasycznego cięcia cesarskiego. Od tego czasu gastroelytrotomia znikła zupełnie z szeregu operacyi akuszeryjnych, stosowanych w przypadkach ścieśnionej miednicy.

A jednak, pomimo znacznie lepszych w porównaniu z dawnymi wyników klasycznego cięcia cesarskiego, operacya ta pozostała zabiegiem niebezpiecznym i dla publiczności odstraszającą. Prócz tego cięcie ces. klasyczne wymaga bezwzględnie jałowego stanu dróg porodowych.

Jest to warunek bardzo często nieziszczalny, gdyż rodzące, zanim poddane zostają operacyi, bywają najczęściej niejednokrotnie badane i zakażane przez akuszerki i lekarzy. Z tego

to powodu już przed kilkunastu laty wskrzeszono cięcie spojenia łonowego, a potem cięcie kości łonowej, dla zastąpienia cięcia cesarskiego. W praktyce jednak krwawe te operacye okazały się w wynikach swych i następstwach nieobliczalnemi, a więc niebezpiecznemi i dlatego też zapał do nich ostygł wkrótce zupełnie, a natomiast aby nie powracać do dawno już potępionego wymóżdżenia żywego płodu, odgrzebano niedawno na nowo stary pomysł Ritgena i Physick'a zewnątrzotrzewnego przecinania rozciągniętej szyi macicy ciężarnej celem wywiązania tą drogą płodu, w nadziei, że obecnie wobec udoskonalonej techniki operacyjnej, a przedewszystkiem wobec wyrobionej znakomicie metody przeciwgnilnej, operacye zewnątrzotrzewne dadzą bez porównania lepsze, niż dawniej, wyniki.

F. Frank pierwszy podjął na nowo śmiałą i genialną ideę rozwiązywania ciężarnych przez szyję maciczną ponad spojeniem łonowem w przypadkach zwężenia miednicy i stworzył metodę postępowania, która znalazła wielu naśladowców, starających się choćby najmniejszemi w niej zmianami przyczepić i swoje imię do tej nowej operacyi. Dotychczas naliczono tych odmian 17, różniących się między sobą po największej części tylko zmianą kierunku cięcia. Z nich jednak wyróżnić można 3, mające cechy metod odrębnych, na których opierają się wszystkie inne, a mianowicie:

1) Metoda F. Franka — t. zw. „rozwiązanie nadłonowe“. Najważniejsze swe zadanie — uniknięcie zapalenia otrzewnej — metoda ta stara się osiągnąć w ten sposób, że zezwala na otwarcie szyi macicznej dopiero po zamknięciu dokoła zapomocą szwu worka otrzewnego. Frank zamknięcie to wykonywa w ten sposób, że po przecięciu powłok brzusznych, przecina fałd pęcherzowo-maciczny poprzecznie na tej samej przestrzeni i następnie brzegi rany otrzewnej ściennej zeszywa dokoła z brzegami rany otrzewnej trzewnej; leżący wtedy na zewnątrz otrzewnej rozciągnięty dolny odcinek macicy przecina poprzecznie i wydobywa dziecko wraz z łożyskiem tą drogą. Następnie, po zeszyciu rany macicy, zdejmuje szew z otrzewnych i na nowo szwem łączy osobno brzegi rany otrzewnej trzewnej i brzegi rany otrzewnej ściennej. Nakoniec nakłada szew na powłoki brzuszne.

2) Metoda Sellheima, podobna do dawnej metody Physicka dąży wogóle do tego, aby nie otwierać worka otrzewnej, dokonywa więc otwarcia szyi macicznej zupełnie na zewnątrz otrzewnej w ten sposób, że dotarłszy do otrzewnej po przecięciu ściany brzusznej, odłuszcza otrzewną od wierzchołka pęcherza moczowego, odsuwa jej zdwojenie ku górze, a pęcherz ku dołowi. Okazało się jednak, że rzadko tylko udaje się wykonanie całej operacyi na zewnątrz otrzewnej. Zwykle drze

się otrzewna ścienna przy jej odłuszczaniu z pęcherza i musi być zeszywana, a wskutek tego operacya zatraca swój charakter operacyi zewnątrzotrzewnej. Nazwana została przez S. cięciem cesarskiem zewnątrzotrzewnem.

3) Metoda Latzki polega na odsłonięciu otrzewnej i pęcherza po stronie prawej na przestrzeni jamy przedotrzewnej, przezco po podwiązaniu więzu pęcherzowego zewnętrznego — odsłania się dostateczny odcinek zewnątrzotrzewny szyi macicznej. Herzfeld metodę tą nazywa cięciem cesarskiem przedotrzewnem (sectio caesarea praeperitonealis). Jestto metoda par excellence zewnątrzotrzewna, najprzydatniejsza do zastąpienia innych operacyi położniczych, wskazanych z powodu ścieśnienia macicy.

Cięciu cesarskiemu pozaotrzewnemu dwa są stawiane zarzuty: niebezpieczeństwo zakażenia tkanki łącznej w przypadkach zakażonych i niepewność, jak zachowa się blizna szyi macicznej w następnych porodach. Nie ulega wątpliwości, że pierwsze zdarzyć się może, lecz należyte sączkowanie lub zupełnie otwarte traktowanie rany są w stanie znacznie zmiejszyć to niebezpieczeństwo. Co zaś do przyszłego losu blizny szyi macicznej, to Frank przedstawił już kilka przypadków, w których blizny te nie dały w następnych porodach powodu do jakiegokolwiek wypadku.

Dotyczas wykonano rozmaitemi metodami 150 cięć cesarskich zewnątrzotrzewnych z 11 przypadkami śmerci (7.3%), z tych 8 wskutek posocznicy (5.4%). 30 operacyi wykonano metodą Latzki z dwoma przypadkami śmierci. Jak widzimy, statystyka nienajgorsza i zachęca do dalszych prób w tym kierunku. Dla dzieci operacya ta również nie przedstawia niebezpieczeństwa, gdyż żadne z nich nie zmarło wskutek operacyi.

Cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne jest powołane do zastąpienia operacyi, służących dotychczas do rozwiązania tych ciężarnych, które nie mogą urodzić żywego dziecka drogą naturalną z powodu ścieśnionej miednicy, a mianowicie: cięcia cesarskiego klasycznego, cięcia łonowego lub przyłonowego, oparacyi Porra i wymóżdżenia żywego płodu. Wyższość cięcia cesarskiego pozaotrzewnego nad temi operacyami polega: 1) na jej niezależności od stopnia zwężenia miednicy, czego o pubiotomii powiedzieć nie można; 2) jest operacyą najbardziej zachowawczą, gdyż z wykonaniem jej można zwlekać aż do chwili ostatecznej, gdy tymczasem do cięcia cesarskiego klasycznego trzeba koniecznie wybrać chwilę odpowiednią do jej wykonania; 3) stoi pod względem niebezpieczeństwa o wiele wyżej, niż operacya przecięcia spojenia łonowego; 4) może być wykonywana i w przypadkach pod względem jałowości mniej pewnych.

Stosownie do wyższości tej operacyi ponad innemi, to samo zadanie mającemi, i wskazania do niej będą obszerniejsze. A więc operacya ta będzie wskazana u pierwiastek w przypadkach ścieśnień miednicy wszelkiego stopnia, począwszy od ścieśnienia nieznacznego aż do absolutnego, co do stanu aseptycznego albo zupełnie czystych albo niepewnych; u wieloródek zaś nadawać się będzie w przypadkach zupełnie czystych; w niepewnych zaś jest lepsze cięcie przyłonowe.

Tylko przypadki prawdopodobnie zakażone nie kwalifikują się do tej operacyi i wymagają stosownie do stopnia ścieśnienia miednicy jużto cięcia przyłonowego, już też wymóżdżenia, a nawet operacyi Porra. W przypadkach ścieśnień znaczniejszych lub absolutnych, zupełnie czystych, cięcie cesarskie zewnątrzotrzewne konkurować będzie z cięciem cesarskiem klasycznem.

(Wiener klinische Wochenschrift 1909 № 14).

M. ZWEIGBAUM.

Bondy. *Paciorkowce hemolityczne i rokowanie w gorączce połogowej.*

Badania nad paciorkowcami w położnictwie weszły na nowe tory w r. 1903, kiedy Schottmüller wystąpił z zupełnie nową klasyfikacyą tych drobnoustrojów. Odróżnia on pomiędzy paciorkowcami, stosownie do zachowania się tychże na płytce agaru zmieszanego z krwią, trzy postacie: 1) działający hemolitycznie, wysoce jadowity, streptococcus longus erysipelatos; 2) mało jadowity nie hemolityczny str. mitior s. viridans; 3) b. rzadka postać, str. mucosus.

Odkrycia te pobudziły do licznych poszukiwań w tym samym kierunku. Jedni badacze potwierdzili fakty, ustalone przez Sch., inni zaś doszli do wyników, wręcz przeciwnych.

Badania bakteryologiczne, przeprowadzone przez Schottmüllera i Mana nad wydzieliną pochwową 400 gorączkujących położnic, doprowadziły do wniosków następujących: 1) paciorkowce hemolityczne są znajdywane prawie wyłącznie w gorączce, 2) paciorkowce nie hemolityczne spotykają się u niegorączkujących i często obok paciorkowców I-ej grupy w przypadkach gorączkowych.

Badania Frommego, Heymanna i Veita pouczyły, że we wszystkich ciężkich przypadkach posocznicy połogowej z zejściem śmiertelnem znajdywano w wydzielinie porodowej i we krwi chorych paciorkowce hemolityczne; natomiast w przypadkach zakażenia lżejszego, zakończonych pomyślnie, znajdywano wyłącznie paciorkowce nie wywołujące hemolizy. Na zasadzie tych spostrzeżeń Veit dochodzi do wniosku, że obecność paciorkowców hemolitycznych u położnic gorączkujących jest

objawem co do rokowania bardzo niepomyślnym i radzi chore tej kategoryi izolować oraz leczyć je stosownie do otrzymanych danych bakterjologicznych.

Wkrótce potem poglądy owe zostały silnie zachwiane dzięki pracom tegoż Heynemanna, który stosując cokolwiek odmienną technikę doświadczeń wykrył u 50 zdrowych położnic 31 razy paciorkowce hemolityczne. Henkel i Hofmeier na zasadzie swych spostrzeżeń nie przypisują żadnego znaczenia względem rokowania paciorkowcom hemolitycznym.

Autor niniejszej pracy po szeregu badań, wykonanych u 125 gorączkujących położnic, wykrył paciorkowce hemolityczne 59 razy, niehemolityczne 7 razy, a 59 razy najrozmaitsze inne drobnoustroje: 4 razy gronkowce, 4 razy gonokoki, 5 razy lasecznika okrężnicy i t. d. Z przytoczonych danych liczbowych widać, że paciorkowce, wykryte u położnic gorączkujących, w większości przypadków wykazują typową hemolizę; paciorkowce niehemolityczne znaleziono zaledwie u niektórych chorych. Pomiędzy 59-ma przypadkami I-ej grupy były zarówno postacie złośliwe z gorączką długotrwałą, jak i postacie o zupełnie łagodnym przebiegu.

Autor przytacza 2 przypadki gorączki połogowej o przebiegu badzo ciężkim, w których badanie wydzieliny macicy wykryło jedynie paciorkowce zwykłe. Na zasadzie danych powyższych autor dochodzi do wniosku, że paciorkowce hemolityczne, pochodzące z wydzieliny macicznej, nie mają żadnego znaczenia prognostycznego w gorączce połogowej. W 2-ch spostrzeganych przez autora przypadkach zapalenia przymacicznego połogowego znaleziono raz paciorkowce hemolityczne, a drugi raz zwykłe; 1 przypadek był bardzo ciężki, a drugi miał przebieg bardzo łagodny.

Badania bakteryologiczne krwi dały wyniki następujące: w 6 przypadkach, zakończonych wyzdrowieniem, wykryło paciorkowce hemolityczne, a w 1 z zejściem śmiertelnem paciorkowce zwykłe.

Badanie krwi również nie wywiera wpływu stanowczego na rokowanie w zakażeniach połogowych, tembardziej, że badanie to nawet w przypadkach bardzo ciężkich daje wyniki zupełnie ujemne. W każdym razie obecność we krwi jakichkolwiek bądź paciorkowców czyni rokowanie wątpliwem.

Badania autora i innych jak Lehmann-Neumana etc. nad morfologią paciorkowców hemolitycznych, odróżnianych przez Schottmüllera, doprowadziły do wniosku, że klasyfikacya Sch. jest sztuczna, że podane przez niego oddzielne postacie paciorkowców przechodzą jedna w drugą i że o podziale na longus, mitior i mucosus nie może być mowy.

BRABANDER.

C. Jeannin. *Argentum colloidale w zakażeniu połogowem.*

Działanie srebra koloidalnego (Collargol) jest przeciwgnilne, katalityczne i pobudzające rozmaite sprawy życiowe. Użycie jego jest wskazane w ciężkiem ogólnem zakażeniu. Stosuje się go w trojaki sposób: 1) w postaci maści Credégo, wcierając ją przez 15 minut w wymytą poprzednio mydłem i eterem skórę w ilości 1—3 gram. 2 razy dziennie; 2) wstrzykując śródmięśniowo dwa razy dziennie roztwór 1% kollargolu w ilości 10 — 15 gram. Obydwa te sposoby mają małą wartość wobec 3) wstrzykiwań kollargolu wprost do żyły. Wstrzykiwanie takie uskutecznia się powtórnie po 48 godzinach, a gdy objawy zakażenia nie ustępują — nawet po raz trzeci i czwarty. Miejsce, na którem ma się zrobić wstrzyknięcie, zazwyczaj najdostępniejsza żyła przedramienia (vena radialis), odkaża się dokładnie, uciska się opaską ramię powyżej przegubu łokciowego i wkłuwa się igłę strzykawki Pravatza w uwidocznioną żyłę. Kropla krwi jest wskazówką, iż igła znajduje się w żyle. Wstrzyknięcie należy robić bardzo wolno, a po usunięciu igły nakłada się na ranę wyjałowiony opatrunek. W razie gdy ma się do czynienia z osobnikiem o grubym pokładzie tłuszczowym, należy żyłę uwidocznić za pomocą wyosobnienia. Za każdym razem wstrzykuje się 10 cm. roztworu 1% kollargolu. Wstrzykując, obawiać się należy powstania zatoru powietrznego, którego można uniknąć przez staranne wydalenie wszystkiego powietrza ze strzykawki.

Nieprzyjemnem powikłaniem jest również przebicie żyły igłą, znamionujące się natychmiastowem nastrzyknięciem okołonaczyniowem; wytwarza się wtedy zakrzep, który może uledz zakażeniu. Przebicia żyły unika się, używając bardzo krótkiej igły, mocno osadzonej na strzykawce. Bardzo często po wstrzyknięciu już w kilka godzin miewa miejsce podniesienie ciepłoty ciała, poprzedzone silnymi wstrząsającymi dreszczami; autor uważa to za odczyn. Ciepłota ciała spada następnie stopniowo (per lysin) i pacyentka czuje się rzeźwą. Na 49 przypadków, w ten sposób leczonych, dziewięć zakończyło się śmiercią. Z pomiędzy tych ostatnich wyłączyć można 6 przypadków, które zbyt późno poddane były leczeniu kollargolem; w ten sposób procent wyzdrowień jest jeszcze większy *).

(Progrès medic. Août. 1908).

J. ROSENTHAL

*) W oddziale moim w szpitalu żydowskim od kilku lat stosuję kollargol w zakażeniu połogowem z dodatnimi wynikami. Stosuję go albo wstrzykując wprost do żyły i to w ilości 1 gr. na 5 gr. (20%) jednorazowo, lub też w tej samej dawce 2 razy dziennie przez odbytnicę. Zazwyczaj jedno wstrzyknięcie do żyły jest wystarczające, a gdy ono nie starczy, stosuje się w dalszym ciągu przez odbytnicę. Srodka tego używano tylko w zakażeniu ogólnem, bez umiejscowienia; w przypadkach umiejscowienia zakażenia kollargol nie działa.

TOWARZYSTWA LEKARSKIE.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

I. POSIEDZENIA CHIRURGICZNE.

Posiedzenie dnia 11 lutego 1909 r.

1. *Łapiński W.* Przedstawienie chorej z rozległym naczyniakiem chłoniczym jamkówkowatym twarzy i czaszki.

2. *Oderfeld H.* Pokaz chorej, operowanej z powodu nadnerczaka, oraz preparatu usuniętego nowotworu.

3. *Wisznicki St.* Przedstawienie chorej z wielolicznymi gruczolakami kiszki prostej.

4. *Lewenstern E.* Pokaz chorej z zabliźnionem owrzodzeniem rakowem na twarzy po naświetlaniu promieniami Roentgena.

5. *Borzymowski J.* Pokaz przyrządu własnego pomysłu do przepłukiwania żołądka.

6. *Stankiewicz Wł.* Pokaz guza rakowego okrężnicy, usuniętego na drodze operacyjnej.

7. *Tenże.* Pokaz sączka Kehra do sączkowania dróg żółciowych.

8. *Oderfeld i Judt.* Przedstawienie rentgenogramatu jamy brzusznej po rozleglem wycięciu żołądka u kobiety.

9. *Karczewski A.* Pokaz wyrobów z galalitu, jako materyału do łączenia kości.

10. *Stankiewicz Cz.* Pokaz preparatu sekcyjnego narządów moczowych, po dokonanem wszczepieniu moczowodu do pęcherza moczowego.

11. *Tenże.* Pokaz nowych narzędzi oraz materyału do szycia i t. p.

1. *Łapiński W.* przedstawił 13-letnią dziewczynę, dotkniętą guzem w okolicy prawej górnej połowy twarzy. Chora od urodzenia miała znamię pod prawem okiem. Już w pierwszych miesiącach życia zauważono obrzmienie w okolicy owego znamienia; obrzmienie wolno lecz stale zwiększało się, ogarniając stopniowo obie powieki, skroń i czoło. Od roku guz zaczął rosnąć szybciej, powieka górna opuściła się, zasłaniając szparę oczną.

Obecnie prawa górna połowa twarzy mocno obrzmiała, szpara oczna znajduje się znacznie niżej, aniżeli na stronie lewej, gałki ocznej nie widać: zakrywają ją niemal całkowicie obrzmiałe powieki. Obrzmienie zajmuje

prawą połowę okolicy czołowej, zachodząc w lewo poza linię pośrodkową, całą okolicę skroniową aż do małżowiny usznej, obie powieki oraz górną część policzka.

U góry obrzmienie wkracza na okolicę ciemieniową i tam niknie stopniowo. Zabarwienie skóry na całej powierzchni guza—prawidłowe, jedynie poniżej zewnętrznego kąta oka istnieje ciemniejsza plamka na przestrzeni paru centymetrów kwadratowych. Obmacując, ma się do czynienia z tworem miękkim, ciastowatym, łatwo przesuwalnym wraz ze skórą; w okolicy skroniowej wyczuwają się w głębi guza nierówne, dość ostre brzegi kostne. Pomimo przysłonięcia gałki ocznej obrzmiałą powieką chora widzi dobrze; badanie wzroku przez kol. Cetnarowicza wykazało: oko miarowzroczne, ostrość widzenia $^{20}/_{20}$ (1), na stronie zaś prawej—astygmatyzm nadwzroczny 1,5, ostrość widzenia $^{20}/_{60}$ ($^{1}/_{3}$).

Mając na uwadze dane wywiadowcze i charakter guza, Ł. rozpoznaje w danym przypadku chłoniak jamisty (lymphangioma cavernosum).

Co się tyczy leczenla, to o doszczętnem usunięciu guza — wobec umiejscowienia i rozlanego charakteru tegoż—mowy być nie może. Możnaby co najwyżej usunąć najbardziej wydatne i najłatwiej dostępne części guza: na policzku, skroni, w części zaś pozostałe bądź wstrzykiwać 70^0 alkohol, bądź wprowadzać igły magnezyowe. Wreszcie przedsięwziąć by można na początek próby leczenia radem.

(Streścił autor).

Świątecki zaznacza, że rad, jak i promienie Roentgena, wywołuje zakrzepy naczyń, czem tłomaczy się jego działanie lecznicze na naczyniaki. W danym przypadku, wobec dużych rozmiarów nowotworu i szerokości przestrzeni jamkówkowatych, wątpliwem jest osiągnięcie wyniku pożądanego.

Sawicki miał możność w przypadku dużego naczyniaka krwionośnego oczodołu stwierdzić zupełną bezskuteczność naświetlań promieniami X. Wobec tego tembardziej zajmującym byłby wynik stosowania radu w przypadku przedstawionym.

2. *Oderfeld* przedstawia chorą 49-letnią, u której przed 10-u dniami wykonał wycięcie nerki drogą przez otrzewną z powodu guza nerki.

Przebieg kliniczny danego przypadku jest dość interesujący z tego względu, że chora, dotknięta tak poważnem cierpieniem (hypernephroma) czuła się zupełnie dobrze i gdyby nie jednorazowy kilkodniowy krwiomocz przed 2 tygodniami, nic by o swojej chorobie nie wiedziała. Podobno przed 12 laty miała już raz jeden krwiomocz; czuła się zawsze dobrze, urodziła 7 razy, wygląda dobrze. Po przez powłoki brzuszne wymacano w prawym dole biodrowym guz kształtu trójkątnego, gładki, niebolesny i bardzo ruchomy. Cały guz dawał się odprowadzić do podżebrza, skąd jednak rychło wracał z powrotem do jamy brzusznej. Badanie cystoskopowe w ostatnim dniu krwiomoczu wykazało, że krew pochodzi z prawego moczowodu.

Mocz otrzymany z lewego moczowodu nie przedstawia zmian chorobowych. Wobec tego O. postanowił wykonać wycięcie nerki za pomocą cięcia brzusznego na brzegu zewnętrznym mięśnia prostego prawego. Po przecięciu fałdu otrzewnej, pokrywającej guz i uchwyceniu jej w szczyp-

czyki, można było guz wydobyć na zewnątrz i podwiązać podwójną podwiązką tętnicę i żyły nerkowe, poczem moczowód i nerkę usunięto.

Będąc zupełnie pewny podwiązek naczyniowych, Ó. zeszył szwem ciągłym strunowym tylny listek otrzewnej i jamę brzuszną zamknął całkowicie. Po 8 dniach usunięto szwy, a po 10 chora opuściła szpital.

Preparat wykazuje, że prawie cała nerka jest zajęta przez nowotwór, który, jak to wykazał drobnowidz, jest nadnerczakiem. (hypernephroma).

(Streścił autor).

3. *Wisznicki* przedstawił chorą dziewczynkę lat 13 z oddziału chirurgicznego Dr. Sawickiego, z wypadającą prostnicą, usianą naroślami rozmaitego kształtu i wielkości: od ziarnka maku do dużej śliwki węgierki.

Choroba rozpoczęła się przed 3-ma laty po długotrwałej biegunce W czasie każdego wypróżnienia wypada kiszka wraz z naroślami i chora sama wpycha ją sobie z powrotem; wywołuje to zwykle mniejsze lub większe krwawienie, które doprowadziło chorą do dosyć znacznej niedokrwistości. Wypadająca kiszka jest podobna z kształtu i wielkości do winogrona. Wypada mniej więcej około 4 ctm. kiszki. Narośle błony śluzowej, oprócz najmniejszych, są uszypułowane; szypuły są rozmaitej długości i grubości.

Po wypadnięciu dolnego odcinka kiszki palec wyczuwa wszędzie w głębi podobne narośle, przyczem tylna ściana kiszki pokryta niemi najwięcej. W. przedstawił chorą bez uprzedniego zbadania drobnowidzowego charakteru narośli ze względu na to, że chora przybyła do szpitala dopiero przed kilku godzinami, a wobec przypuszczania, iż ma się tu do czynienia z wielolicznymi gruczolakami prostnicy (Polyadenomata recti), cierpieniem stosunkowo niezbyt często spotykanem, W. przedstawiając chorą miał nadzieję, że sam obraz kliniczny choroby zainteresuje tych kolegów, którzy się z nim dotąd nie spotykali.

(Streścił autor).

Karczewski podkreśla niezbędność wykonania w danym przypadku badania drobnowidzowego dla określenia natury nowotworu, jak również badania wziernikiem odbytnicowym (rektoskopem) w celu wyświetlenia, jak wysoko sięgają guzy; i jedno i drugie może mieć wpływ decydujący w wyborze postępowania leczniczego.

Sawicki przyznaje, że postępowanie operacyjne w gruczolakach odbytnicy zależeć powinno przedewszystkiem od charakteru nowotworu: skoro polipy ulegną dość często spostrzeganemu zwyrodnieniu złośliwemu, wskazane jest wycięcie kiszki; w gruczolakach zwykłych wystarczy usunięcie guzów przez odkręcanie, odpalanie żegadłem i t. p; to ostatnie będzie zastosowane prawdopobnie w przedstawionym przypadku. Wszystkie zresztą sposoby, w tym celu stosowane, dają wyniki niepewne: wznowy spostrzegane są bardzo często. S. nadmienia jeszcze, że gruczolaki odbytnicy powstają zazwyczaj na tle przewlekłego jej nieżytu; w dolnym odcinku kiszki usadowione są zwykle, tak jak w danym przypadku, gromadnie, w odcinkach zaś wyższych pojedyńczo.

Stankiewicz Wł. przytacza przypadek własny, rzucający światło na sprawę rokowania w gruczolakach prostnicy: po wyłuszczeniu gruczolaka, niewątpliwie natury dobrotliwej, jak ustaliło badanie drobnowidzowe, wy-

konane przez prof. Przewoskiego, w miejscu wycięcia wytworzył się w parę lat typowy rak, co zmusiło mówcę do wycięcia kiszki sposobem Kraskego.

4. *Lewenstern* przedstawił kobietę 58-letnią, u której przed pół rokiem na lewej połowie twarzy pod wewnętrznym kątem oka powstał na skórze guzik, z którego po upływie 4 miesięcy wytworzyło się typowe owrzodzenie (ulcus rodens), o powierzchni wielkości monety 2-kopiejkowej. Wówczas rozpoczęto naświetlania promieniami X. Stosowano promienie bardzo miękkie od 10 — 12 minut i powtarzano co 6—19 dni. Już po 2-ch naświetlaniach była wyraźna poprawa, po 4-ch — zupełne zagojenie. Obecnie na miejscu owrzodzenia znajduje się ledwie dostrzegalna blizna z bardzo nieznacznem odwinięciem powieki dolnej i bez powiększenia gruczołów chłonnych.

Świątecki nadmienia, że wyleczenie w przypadku przedstawionym nie należy uważać za doszczętne, S. widział w swym przypadku wznowę po upływie 1½ roku.

Lewenstern podziela pogląd Świąteckiego i oświadcza, że ma zamiar co pewien czas naświetlania powtarzać.

Stankiewicz Cz. zaznacza, że wyniki, bodaj lepsze, udaje się otrzymać po stosowaniu radu i fulguracyi. S. miał możność przekonać się o tem naocznie podczas zwiedzania klinik paryskich, przyczem odniósł wrażenie, że najskuteczniej działa w tym kierunku rad, następnie fulguracya, najsłabiej zaś promienie X.

5. *Borzymowski* pokazał przyrząd do przemywania żołądka prądem podwójnym przy pomocy dwóch zgłębników, wprowadzonych do przełyku, jeden po drugim. Przemywanie dwoma zgłębnikami uskutecznia się zupełnie łatwo pod wzdlędem technicznym, a ma te zalety w porównaniu z przemywaniem za pomocą jednego, że 1) nie rozciąga żołądka, co jest szczególnie niebezpieczne w przypadku owrzodzeń, 2) działa strumieniem wody bieżącej, lepiej wymywajacym ściany żołądka i 3) trwa dwa razy krócej. Sposób ten stosowano kilkakrotnie w szpitalu Św. Ducha u chorych chirurgicznych przed operaeyą i u chorych wewnętrznych.

(Streścił autor).

6. *Stankiewicz W.* przedstawił guz rakowy, wycięty wraz z częścią kiszki grubej w miejscu, gdzie okrężnica wstępująca przechodzi w poprzecznicę. Chory lat 49 wstąpił w m. listopadzie r. z. do oddziału wewnętrznego szpitala Ewangielickiego z objawami przewlekłej niedrożności jelit słabego stopnia, które to cierpienie datuje wraz z upadkiem odżywiania przeszło od roku.

W czasie pobytu w szpitalu objawy niedrożności potęgowały się kilkakrotnie w znacznym stopniu, ustępowały jednak pod wpływem lawatyw Hegara, pozostawiając atoli dość znaczne wypełnienie jelit gazami, niedozwalające na dokładne zbadanie jamy brzusznej i określenie miejsca, będącego źródłem niedrożności. W ostatnich czasach stopień niedrożności znacznie powiększył się a jednocześnie nastąpiło wyraźne pogorszenie stanu ogólnego, upadek łaknienia i osłabienie tętna. W tych niepomyślnych warunkach przystąpiono do operacyi dnia 9-go lutego. Po otworzeniu jamy brzusznej cięciem w linii środkowej, wśród mocno wzdętych kiszek zna-

leziono guz w górnej części okrężnicy wstępującej przy zgięciu jelita w kierunku poprzecznym, który, nieprzechodząc na zewnątrz jelita, wypełniał światło kiszki i był przyczyną niedrożności. Wycięcie jelita i szew obu końców szwem 2 piętrowym. Z powodu unieruchomienia odcinka górnego (c. ascendens), założenie szwu wymagało dłuższego czasu, co w tak wielkiem osłabieniu chorego nie jest pożądane; gdyby bowiem było możebne określenie miejsca nowotworem zajętego przed operacyą, wykonanie cięcia na brzegu zewnętrznym mięśnia prostego dałoby dostęp o wiele lepszy i dogodniejszy do wykonania zabiegu.

Stan chorego ze względu na upadek czynności serca nie rokuje pomyślnego wyniku, lubo objawów podrażnienia otrzewnej dotąd nie było.

Guz wycięty obejmuje walcowato wszystkie warstwy jelita, nieprzechodząc na surowicówkę, ma długości około 8 cm. i zwęża światło jelita do 1 ctm. średnicy. Powierzchnia jego wewnętrzna zaledwie w paru miejscach przedstawia płytkie owrzodzenia. Mamy tu typowy obraz nabłoniaka (Carcinoma epitheliale).

(Streścił autor).

7. *Stankiewicz W.* pokazał sączki do sączkowania dróg żółciowych, zalecone w ostatnich czasach przez Kehra w tym celu, aby po zabiegach na drogach żółciowych część żółci skierować do kiszek, podczas gdy druga część odpływa na zewnątrz. Sączek taki składa się z dwóch rurek w kształcie litery T; krótkie ramiona wprowadza się przez otwór w przewodzie wspólnym tak aby leżały w tym przewodzie i w przewodzie wątrobowym, dłuższa zaś rurka wyprowadza się z rany na zewnątrz. Skoro ustaje potrzeba dalszego sączkowania, wyciąga się część sączka z przowodów i traktuje się rankę odpowiednio do danych warunków, ewentualnie zwęża się za pomocą szwu.

S. przypomina spostrzeżenie chorej, u której przed 2 laty usunął kamień z przewodu wspólnego; chora 63 lat, skutkiem zatkania przewlekłego tego przewodu w ciągu dwóch lat doszła do ostatecznego wycieńczenia i osłabienia pod wpływem żółtaczki i powtarzających się napadów kolki z gorączką. Przebieg pooperacyjny był idealny pod względem gojenia się rany, chora nie miała śladu gorączki i w ciągu 10 dni zaczęła stopniowo wzmacniać się i mieć apetyt, gdy naraz bez żadnej widocznej przyczyny zaczęła słabnąć i zmarła w 3 tygodnie w objawach wycieńczenia.

Nie znajdując ze strony wszystkich ważnych narządów przyczyn, mogących wytłumaczyć ten smutny wynik. S. powziął przekonanie, iż jedynym szkodliwym czynnikiem mógł tu być obfity odpływ żółci na zewnątrz ustroju, wycieńczonego poprzedniem długiem trwaniem choroby. Rozprawa Kehra, zalecająca użycie sączka w celu zatrzymania części żółci w ustroju po zabiegu, potwierdza zapatrywania St. w tym względzie.

(Streścił autor).

Oderfeld żałuje, że w przypadku omówionym przez St. nie było oględzin pośmiertnych, które jedynie mogłyby ustalić przyczynę śmierci, i nadmienia prócz tego, że myśl tego rodzaju sączkowania przewodów żółciowych nie jest nowa: powziął ją już Dębowski, zalecając swego pomysłu

sączki metalowe o ramionach ruchomych. O. uważałby za korzystne zmienienie przedstawionega sączka w ten sposób, aby krótkie ramiona były cieńsze od pozostałej części sączka, co ułatwiałoby jego wprowadzenie i wyciąganie.

Karczewski oświadcza, że utrata żółci jest zjawiskiem stale spostrzeganem po zabiegach na drogach żółciowych; chorzy z przewlekłem zatkaniem przewodu żółciowego wspólnego pozostają przy życiu, nie bacząc na to, że żółć przez lata całe nie przedostaje się do miejsca swego przeznaczenia. Wobec tego K. w żaden sposób zgodzić się nie może na wypowiedziany pogląd, by krótkotrwałe, zaledwie kilkanaście dni trwające, pozbawienie ustroju żółci mogło być przyczyną śmierci. K. spostrzega chorą z zabiegową przetoką żółciową, której stan zdrowia jest zupełnie dobry, pomimo, że od lat 3 przez przetokę wydziela się codziennie znaczna ilość żółci i wypróżnienia są zupełnie bezbarwne. Co do zalecanego przez Kehra sączkowania dróg żółciowych, K. nie widzi w niem celu: w razie drożności przewodu wspólnego żółć, jak doświadczenie uczy, zawsze przedostaje się do kiszek po usunięciu zwykłego sączka; żaden sączek nie pomoże, gdy przeszkoda w przewodzie nie zostanie usunięta. Wprowadzenie sączka Kehra, zdaniem K., jest trudne, od wyciągania zaś łatwo uledz może rozdarciu obgojona już ranka w pęcherzu żółciowym.

Jankowski zwraca uwagę na zalecane ostatnio przez Kehra skracanie jednej z poprzecznych beleczek sączka dla ułatwienia wprowadzania tegoż.

Krauze podziela poglądy, wypowiedziane przez Karczewskiego i w dowód ich słuszności przytacza spostrzeżenie następujące: w przypadku przewlekłej niedrożności przewodu wspólnego badanie pośmiertne wykryło powyżej uchyłka Vatera mały guz, zamykający wylot przewodu. K. zapytuje, co w przypadku takim pomódz może sączek Kehra.

Sawicki zaznacza, że w przypadku przewlekłej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego sok trzustkowy skutecznie zastąpić może żółć w jej czynności fizyologicznej. Natomiast, w razie jednoczesnego z cierpieniem dróg żółciowych schorzenia trzustki, brak żółci w kiszkach zgubnie wpłynąć może na stan ustroju. Co do sączka Kehra, S. przyznaje mu pewną wartość pod względem utrzymania drożności przewodów żółciowych; sączek wspomniany może prócz tego ułatwiać stosowane czasami przepłukiwanie przewodów oliwą, w celu usunięcia drobnych kamyków.

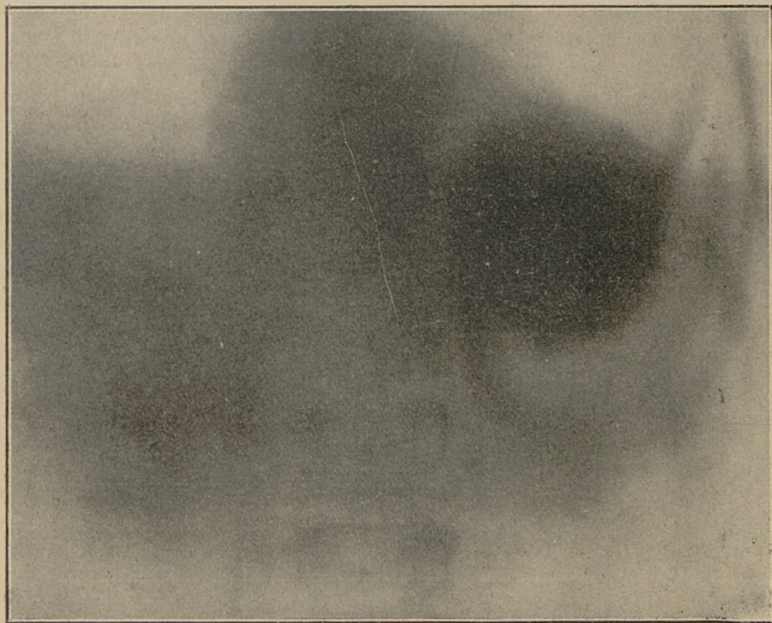
Stankiewicz W. podkreśla, że przypadki należy różniczkować: u chorych bardzo wycieńczonych, jak w przypadku omówionym, znaczna utrata żółci nie może być rzeczą obojętną. S. powołuje się na doświadczenie Kehra i oświadcza, że pomimo wypowiedzianych zdań przeciwnych, sposób sączkowania dróg żółciowych, przez tegoż zalecany, uważa za zupełnie racyonalny i nie omieszka go stosować w przyszłości.

8. *Oderfeld*, powołując się na przedstawiony przez się na grudniowem posiedzeniu przypadek rozległego wycięcia żołądka z powodu raka małej krzywizny, sądzi, że zajmującą byłoby rzeczą zbadać, jak odbywa się mechanizm trawienia u takich chorych *) Sprawą tą zainteresował się kol.

*) Chemiczne badanie wykazało brak zupełny kwasu solnego

Judt, który bezinteresownie przeprowadził szereg radiograficznych badań, za które O. kol. Judtowi składa serdeczne podziękowanie i przedstawia radiogram po spożyciu kaszy z magister bismuthi.

(Streścił autor).



Radiogram.

I. M. Judt dodaje następujące wyjaśnienie:

Surę Z, lat 49, po usunięciu całkowitem żołądka przez Oderfelda (carcinoma ventriculi, resectio ventriculi totalis), poddano badaniu rentgenograficznemu. Zadaniem badania tego było określenie nowoutworzonych stosunków anatomicznych i sprawności ruchowej.

Chora przed badaniem spożyła 200,0 kaszy mannowej, rozgotowanej w mleku, z dodaniem 20,0 magisterii bismuthi. Jak widać było na ekranie fluoryzującym, cała ta masa szybko przesunęła się przez przełyk i wypełniła okrągłe ciało tuż pod lewą częścią przepony.

Ciało to kuliste tworzy, oczywiście, narząd, spełniający obecnie rolę żołądka.

Szereg obrazów ekranowych objął rozmaite okresy trawienia,—-aż do przejścia masy do początkowego odcinka okrężnicy. Badanie trwało od godz. 12-ej do 8-ej.

Już po upływie zaledwie pięciu minut, licząc od chwili, gdy cała masa kaszy bismutowej wypełniła owę ciało kulistę, — widać było pierwszą

porcyę pokarmu, przechodzącą do kiszek w postaci wężykowatego pasemka. Po 15 minutach *Bi* począł wypełniać pętlice jelit cienkich, wywołując silny ruch robaczkowy. Stopniowo opróżniał się żołądek, a po upływie 2 godzin cała masa bizmutu znajdowała się w kiszkach.

Oczywiście zdolność ruchowa (motilitas) obecnego żołądka ma charakter zupełnie prawidłowy. Wytworzone połączenie z kiszką czczą działa doskonale, bez jakichkolwiek przejawów niedomogi.

Naturalna szybkość przesuwania się pokarmu zależy w pewnej mierze od gęstości jego. Mleko z bizmutem przechodzi do kiszek szybciej, aniżeli gęsta kasza.

Niektóre okresy trawienia uchwycone zostały za pomocą zdjęć rentgenograficznych; jedno z nich przedstawione przed chwilą przez Oderfelda dokonane było po upływie 25 minut od chwili podania pokarmu.

Odbitka wyobraża dolny odcinek serca i płuc, obiedwie połowy przepony i jamę brzuszną, aż do poziomu czwartego kręgu lędźwiowego. Tuż pod lewą stroną przepony znajduje się ciało okrągławe, o średnicy 7 centymetrów,—wypełnione ciemną masą bizmutową. Dosięga ono, w rzucie cieniowym, swą stroną wewnętrzną — lewego brzegu kręgów lędźwiowych górnych. Od kąta dolno-wewnętrznego opuszcza się wyrostek długości 3 cent., szerokości $^{3}/_{4}$ cent.,—również wypełniony masą bizmutową. Jest to dolny odcinek jednego z kolan jelita czczego, wszytego do kikuta pooperacyjnego.

Ciało zaś okrągławe, — wobec całkowitego usunięcia żołądka, należy, według mniemania Oderfelda, tłomaczyć jako rozszerzenie bliższego odcinka jelita czczego, które spełnia obecnie rolę żołądka.

(Streścił autor).

Karczewski i Sawicki uważają wyjaśnienie obrazu rentgenograficznego, dane przez Judta, za błędne i przypominają, że w przypadku omawianym żołądek nie był wycięty całkowicie, wobec czego ów twór kolisty, w którym zatrzymuje się kasza bizmutowa, nie może być czem innem, tylko pozostałą, być może rozszerzoną częścią żołądka.

Leśniowski podziela zdanie poprzednich mówców, zaznaczając prócz tego, że wytworzenie się tego rodzaju kulistego rozszerzenia kiszki cienkiej w żaden sposób wytłomaczyć się nie da: niezrozumiałem zgoła byłoby, dlaczego szybko przesuwająca się w kiszkach zawartość miałaby się w tem miejscu zatrzymywać. Należałoby przyjąć ograniczone porażenie ściany kiszki lub też obecność pewnego rodzaju zwieracza poniżej miejsca rozszerzonego.

Oderfeld Sawickiemu, Karczewsklemu i Leśniowskiemu odpowiada że, pomimo, że przypadek jego nie jest całkowitem wycięciem żołądka w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz przez swą rozległość do tej kategoryi zaliczyć go można. Nie sądzi O., aby pozostały kikut żołądka mógł być tymczasowym zbiornikiem dla miazgi pokarmowej, jaki widzimy na radiogramie, a to z następujących powodów: raz, że z żołądka pozostał tak mały kikut, że nieprawdopobnem wydaje się, żeby po 5 tygodniach od operacyi (w tym czasie dokonano badań) kikut mógł rozszerzyć się do rozmiarów, jakie widać na radiogramie, a powtóre, jeśli dobrze wpatrzyć się w sam

radiogram i zestawić z temi danemi, jakie po zabiegu otrzymano, to należy przyjść do przekonania, że właśnie pętla odprowadzająca jelita cienkiego tworzy czasowy żołądek (sit venia verbo). O. przypuszcza, że w danym przypadku pokarm dostaje się z przełyku do odprowadzającej pętlicy zespolonego jelita cienkiego i rozciągnąwszy ją uciska pętlicę doprowadzającą, idącą od dwunastnicy i ztąd nową anastomozą przesuwa się do dalszych odcinków jelit.

Judt oświadcza, że obecny przy operacyi nie był, a wierzyć musi Oderfeldowi, że żołądek usunięty został całkowicie. Jeżeli tak było istotnie, to jelito czcze, wszyte do kikuta, uległo na małej przestrzeni rozszerzeniu i gra obecnie rolę żołądka. Jeżeli jednak żołądek całkowicie usunięty nie został, to, oczywiście, słusznem będzie to drugie tłomaczenie:

Z pozostałej pod przeponą wpustowej części żołądka wytworzyło się widoczne na rentgenogramacie ciało okrągławe, wypełnione masą bizmutową.

Ciechomski porusza stronę techniczną całkowitego wycięcia żołądka, podając w wątpliwość ścisłe wykonanie zabiegu tego a więc przyszycie jelita cienkiego do przełyku; używa się wyrazu „cały", zamiast „prawie cały", gdy coś jeszcze zostało z danego narządu, na co Oderfeld odpowiada, że całkowite wycięcie żołądka z przyszyciem przełyku do jelita cienkiego jest zabiegiem technicznie wykonalnym i że w piśmiennictwie istnieje kilka niewątpliwych przypadków, a przedewszystkiem przypadek Schlattera, w którym po dokonanym szwie przełyk wraz z przyszytem jelitem wciągnął się przez otwór w przeponie do klatki piersiowej i chora długi czas żyła i dobrze odżywiała się. O. przyznaje, że w przypadkach tego rodzaju trudno jest dobrze ściągnąć do pola operacyjnego przełyk, ale zato jelito możemy unieść do potrzebnej dowolnej wysokości i wygodnie tym sposobem zespolenie wykonać.

Czarkowski przypomina o zalecanym w celu uprzystępnienia części wpustowej żołądka wycięciu paru chrząstek żebrowych.

Sawicki dodaje, iż badania na trupach przekonały go, że wycięcie żeber udostępnić może nie tylko przełyk, lecz $^{2}/_{3}$ przednie części przepony.

9. *Karczewski* przedstawił wyroby z galalitu pod postacią pałeczek, klamer, gwoździ i obrączek, jako ulegający wchłanianiu materyał do spajania kości. Galalit zawiera parakazeinę i formaldehyd; dokładny jednak sposób przygotowania pozostaje dotychczas tajemnicą wynalazcy. Wyroby z galalitu wyjaławiają się przez pięciominutowe gotowanie w wodzie i przechowują się następnie w 5% karbolu.

Leśniowski zauważył, że sprawa leczenia złamań kości, szczególniej zaś szwu kostnego, jest przez ogół chirurgów zaniedbana; wszystkie zalecane dotychczas sposoby łączenia kości mają swe braki; najczęściej stosowany szew druciany wymaga obnażania kości z okostnej, co wpływa nader ujemnie na ich odżywianie i zrastanie się. L. wyraża nadzieję, że poruszony przez K. nowy sposób łączenia kości posunie sprawę naprzód.

Świątecki obawia się, czy podany sposób wyjaławiania galalitu jest dostatecznie pewny i przypomina znaną sprawę struny i laseczek tężca.

Karczewski zastrzega, że wiadomości udzielone co do sposobu odkażania galalitu dotyczą właściwie guzików kiszkowych, czy sposób ten jest

wystarczający dla wyrobów przeznaczonych do spajania kości, ręczyć nie może, widział jednak wyniki pomyślne stosowania tego rodzaju szwu kostnego w klinice Kukuli w Pradze Czeskiej; wyniki sprawdzane były za pomocą zdjęć rentgenowskich.

Sawicki zwraca uwagę na zawartość formaliny i wspomina o przedstawianej przez siebie na jednem z posiedzeń plecionce z drutu i jedwabiu (Drahtseide), o zaletach której, jako materyału do szwu kostnego, miał sposobność przekonać się w przypadku zeszycia obojczyka. Plecionka ta wiąże się z łatwością, jak zwykła nitka jedwabna.

Kryński: sposobów łączenia kości jest dużo, wskazania do szwu kostnego, zwłaszcza w złamaniach, stawiane są dość rzadko, gdyż te ostatnie leczą się zwykle bardziej zachowawczo (gips, wyciąg), potrzeba zastosowania szwu kostnego zjawia się zwykle w razie dużego przemieszczenia odłamów, nie dającego się usunąć na innej drodze. Utrzymanie w łączności odłamów wymaga wtedy znacznej mocy od użytego do szwu materyału. Galalit pod tym względem nie budzi w K. zaufania.

10. *Stankiewicz C.* omawia przypadek, w którym wykonał wszczepienie moczowodu do pęcherza moczowego sposobem Sampson-Króniga z wynikiem pomyślnym. U kobiety 41 letniej, dotkniętej długotrwałem zapaleniem obustronnem przydatków macicznych, dokonano wycięcia całkowitego macicy i przydatków drogą brzuszną; cięcie poprzeczne Pfanenstiela. Oglądając dokładnie ranę, w przymaciczu lewem zauważono, iż moczowód został przecięty w odległości 1—1½ ctm. od pęcherza moczowego. Koniec odśrodkowy moczowodu zawiązano struną, dośrodkowy zaś, po wyosobnieniu go na przestrzeniu 2—2½ ctm., wszczepiono do pęcherza mocz. w części jego, pokrytej otrzewną, typowym sposobem Sampsona-Króniga. Do pochwy wprowadzono gruby sączek wraz z 4 paskami gazy wyjałowionej, którymi przykryto obnażone powierzchnie rany w jamie brzusznej. Powłoki brzuszne zeszyto w 4 piętra; do pęcherza moczowego włożono na stałe cewnik Pezzera.

Pacyentka nie była myta przed operacyą w sposób powszechnie stosowany: w przeddzień wzięła kąpiel, bezpośrednio zaś przed zabiegiem skóra brzucha była wytarta benzyną, posmarowana jodyną i pokryta gaudaniną.

W przebiegu pooperacyjnym ciepłota drugiego dnia wieczorem podniosła się do 38° C. Wymiotów nie było. Wiatry odeszły 3-go dnia. Cewnik na stałe usunięto 5-go dnia, poczem chora oddaje mocz sama. Sączek usunięto 7-go dnia. Od 3-go dnia pogarsza się kaszel, na który chora cierpiała już oddawna, występują niebawem objawy zapalenia prawego płuca, z ciepłotą podniesioną do 39° C i wyżej (max. 39.8°C). Plwocina z początku z domieszką krwi, potem ropna. Śmierć 9-go dnia po operacyi.

Oględziny pośmiertne (prof. Przewoski) wykazały, iż rana powłok brzusznych zagojona doraźnie, w jamie brzusznej zapalenia otrzewnej niema, moczowód wszczepiony dobrze zrośnięty z pęcherzem moczowym. W płucach objawy przewlekłego nieżytu oskrzeli — bronchitis putrida: liczne jamy z rozszerzenia oskrzeli powstałe: gangraena pulmonum circumscripta multilocularis.

S. przedstawia cały narząd moczowy pacyentki (in toto), utrwalony sposobem Picka w barwach naturalnych. Na uwagę zasługuje, iż na stronie prawej istnieją podwójne miedniczki nerkowe i podwójny moczowód (co zauważono już podczas operacyi); przy ujściu do pęcherza moczowego tworzy się z dwóch rozgałęzień jeden moczowód. Nerki zdrowe; prawa w dwójnasób większa, niż lewa.

(Streścił autor).

Kryński sądzi, że ujemnemi stronami większości sposobów wszczepiania moczowodu jest przedewszystkiem możliwość przedostawania sie moczu z powrotem z pęcherza mocz. do moczowodu, następnie zaś często spostrzegane zwężenie w miejscu wszczepienia. K. streszcza swój własy sposób wszczepiania moczowodu do pęcherza mocz. lub kiszki prostej, opisany w 1896 r. w Centralblatt f. Chir. Sposób ten polega na wytworzeniu trójkątnego płatą ze ściany pęcherza (lub kiszki), składającego się z błony surowiczej i mięsnej. W otwór w śluzowej w dolnym kącie rany wszywa się moczowód, który następnie pokrywa się wspomnianym płatem trójkątnym. Skośny przebieg moczowodu śród ściany pęcherza zabezpiecza od przedostawania się zawartości.

Leśniowski zwraca uwagę na dwoistość moczowodu, zaznaczając, że, nie jest ona zjawiskiem zbyt rzadkiem. Kształt i położenie trójkąta pęcherzowego ulegają w takim razie zawsze zmianie, odległość pomiędzy wylotami obu moczowodów może być rozmaita, czasami b. znaczna.

Sawicki zaznacza, że wszystkie sposoby wszczepiania moczowodów, między innymi i sposób z wytwarzaniem płatów z końca wszczepianego moczowodu, nie dają pewności co do dobrego umocowania moczowodu w ścianie pęcherza. W przypadku poporodowej przetoki moczowodowej S. wszczepiając moczowód, umocował go za pomocą nitki, którą wyprowadził przez cewkę na zewnątrz i przyszył do skóry. Wynik był pomyślny.

Czarkowski sądzi, że uszkodzenia moczowodu najtrudniej jest uniknąć w nowotworach złośliwych, gdy moczowód pogrążony jest w tkankę nowotworową. W trudnem zwłaszcza położeniu znaleźć się może chirurg, gdy moczowód ulegnie przecięciu w znacznej odległości od pęcherza i wszczepienie wskutek tego staje się niemożliwem. Będąc w takiem położeniu podczas operacyi wycięcia prostnicy z powodu raka, Cz. wprowadził cewnik i zeszył na nim moczowód, pozostawiając następnie cewnik na stałe. Powstała przetoka moczowodowa zagoiła się w czas pewien samoistnie.

W rozprawach poruszana była oprócz tego sprawa mycia chorych przed operacyą:

Kryński zaznaczył, że od kilku miesięcy zarzucił zupełnie mycie chorych w dzień operacyj: w przeddzień chorzy otrzymują kąpiel, przed zabiegiem pole operacyjne zostaje dwukrotnie w odstępie ½ godzinnym posmarowane jodyną. Wyniki są zupełnie zadawalniające.

Sławiński wspomina, że już w roku 1901 Bergmann nie radził myć ran postrzałowych; tej samej zasady trzyma się od lat paru Wrześniowski (Częstochowa) w złamaniach otwartych.

Sawicki spostrzegał parokrotnie różę u chorych z zastarzałemi przetokami po zapaleniu szpiku kostnego, po starannem wymyciu chorej kończyny.

11. *Stankiewicz Cz.* przedstawia następujące narzędzia: 1) klamp Kellyego do miażdżenia wyrostka robaczkowego; 2) szczypczyki do ujmowania kamieni żółciowych, pomysłu Collina; 3) pince-érigne Doyena, stosowane do przytrzymywania serwetek, któremi otacza się ranę operacyjną, oraz do rozszerzania rany skórnej; 4) igły do szycia naczyń krwionośnych, nawleczone cieniutkim jedwabiem i wyjałowione, w odpowiedniem opakowaniu gotowe natychmiast do użycia i 5) takież igły, nawleczone nitką bawełnianą, do szycia jelit.

Prócz tego S. przedstawia strunę, wyjałowioną przy 120° C, sposobem Triollet, w słoikach po 3 metry, oraz będący w użyciu w szpitalach paryskich silkwormgut barwiony na czerwono, odznaczający się niezwykłą miękością.

(Streścił mówca).

P. HINCZ.

Posiedzenie dnia 11 marca 1909 r.

1. *Karczewski A.* Przedstawienie chorej po usunięciu gruczolaka sutki za pomocą cięcia kosmetycznego.

2. *Wertheim A.* Pokaz chorego po wycięciu stawu żuchwowego z powodu zesztywnienia pozapalnego.

3. *Minkiewicz K.* Przypadek wnętrostwa, operowany sposobem Hahna. Pokaz chorego.

4. *Kryński L.* Przypadek wycięcia połowy miednicy wraz z kończyną dolną. Pokaz preparatu.

5. *Tenże.* Przypadek mięśniaka macicy o skręceniu podwójnem (nowotworu i macicy). Pokaz preparatu.

6. *Ciechomski A.* Przypadek przepukliny pozaotrzewnej oraz podwójnego wgłobienia kiszek. Pokaz preparatu sekcyjnego.

1. *Karczewski* przedstawia młodą dziewczynę, u której, usuwając gruczolaka sutki, zastosował cięcie skórne łukowate w bróździe, okalającej dolny obwód sutki. Po odwinięciu sutki ku górze, wyłuszczył guz umiejscowiony w jej górnej części. Zagojenie doraźne, blizna zupełnie niewidoczna. K. zaleca cięcie opisane ze względów kosmetycznych.

2. *Wertheim* przedstawia 20-letniego chorego, który w 10 roku życia przechodził tyfus i ropienie w okolicy lewego ucha. Z biegiem czasu utworzyło się zesztywnienie lewego stawu żuchwowego, a sama żuchwa nie rozwinęła się należycie.

Przed operacyą, wobec rozwartych ad maximum szczęk, odległość między zębami wynosiła z prawej strony 7, z lewej 3 mm. Żuchwa niedorozwinięta, profil ptasi chorego.

D. 1/II wykonano wycięcie główki lewego stawu żuchwowego, metodą Königa, prowadząc cięcie dług. 3 ctm. aż do kości wzdłuż łuku licowego, i uzupełniając je drugiem od środka pierwszego pionowo ku dołowi, dług. 2 ctm., przez samą skórę. Główka była połączona zrostem kostno

włóknistym z dołkiem stawowym. Po usunięciu główki, na jej miejsce wszczepiono płat mięśniowy z m. żwacza.

Dziś, odległość między zębami wynosi około 4 ctm., ale domykalność przednich zębów nie jest całkowita, podczas, gdy trzonowe schodzą się dobrze. Niezupełną domykalność W. objaśnia w ten sposób, że, po usunięciu główki, górny koniec gałęzi wstępującej został przyciągnięty do dołka stawowego, a nieskrócony wyrostek dziobiasty, podczas zamykania żuchwy, opiera się o podstawę czaszki.

Jako następstwo zabiegu pozostał niedowład górnej gałązki nerwu twarzowego lewego i nieznaczna niedomykalność oka lewego.

Jeżeli chory zgodzi się, zostanie wykonana operacya kosmetyczna sposobem Eiselsberga, połegająca na przedłużeniu żuchwy przy pomocy przepiłowania kości en bayonette. (Streścił autor).

Oderfeld w 2 przypadkach szczękościsku stawowego pochodzenia zapalnego operował sposobem Helfericha, stosując cięcie poprzeczne, równoległe do łuku licowego, oraz wycięcie częściowe wyrostka skroniowego i dodając cięcie skórne, idące pionowo ku dołowi w odległości 2 ctm. od małżowiny usznej. Cięcie powyższe zabezpiecza w zupełności od uszkodzenia n. twarzowego. Do wszczepiania używał O. płatu z m. skroniowego, jako niżej stojącego pod względem czynnościowym, aniżeli m. żwacz. Przyczyną niedomykalności szczęk w przypadku przedstawionym jest, zdaniem O., zanik mięśni wskutek bezczynności; wraz z ich rozwojem brak wspomniany powinien z biegiem czasu wyrównać się.

Kryński upatruje przyczynę wspomnianej niedomykalności w stawie luźnym.

3. *K. Minkiewicz* przedstawia chorego i omawia przypadek jednostronnego wnętrostwa, wraz z przepukliną pachwinową, operowany sposobem Hahna z pomyślnym wynikiem. Dotyczy on 14-letniego chłopca J. K., który przybył do szpitala Dzieciątka Jezus do oddziału chirurgicznego D-ra Ciechomskiego dnia 27 Stycznia 1909 r. i uskarżał się na bóle z powodu guza w pachwinie lewej. Guz ten po raz pierwszy zauważył przed laty 4-ma, gdy zaczął pracować fizycznie, podczas spokoju żadnych dolegliwości nie doznaje—w czasie pracy zaś lub po długiem chodzeniu guz wypukla się mocniej. W pozycyi stojącej w pachwinie lewej widać guz, wielkości jaja kurzego, który odprowadza się łatwo przez kanał pachwinowy; lewa połowa moszny pusta, zaraz przy otworze zewnętrznym kanału pachwinowego lewego—jądro wielkości jaja gołębiego, niebolesne i niedające się pociągnąć ku dołowi; kanał pachwinowy z łatwością przepuszcza dwa palce.

Dnia 5 lutego wykonał M. operacyę doszczętną przepukliny i sprowadzenia jądra do moszny według sposobu Hahna. Cięcie skóry nad kanałem pachwinowym. Wyosobniono worek przepuklinowy oraz jądro wraz z powrózkiem nasiennym. Po podwiązaniu i odcięciu worka zeszyto kanał pachwinowy 4-ma szwami. Powrózek nasienny początkowo był mocno skurczony, jednak po odklejeniu go od worka i po przecięciu niektórych drobnych naczyń krwionośnych, wydłużył się o tyle, że okazało się możliwe przesunięcie jądra do moszny. Na tępo urobiono kanał w mosznie, poczem na dnie jej wykonano otwór, przez który wyprowadzono jądro na zewnątrz, wreszcie

otwór na mosznie częsciowo zaszyto, ranę zaś pachwinową spojono szwem całkowicie. Obnażone jądro, w celu zabezpieczenia od wysychania, pokryto bezpośrednio wyjałowionym silkiem.

Dnia 14 lutego podczas 1-go opatrunku znaleziono jądro wilgotne, pokryte warstwą włóknika, który bardzo łatwo dało się usunąć. Po zdjęciu szwu, zwężającego otwór na mosznie, jądro wprowadzono do moszny; skórę nad jądrem zaszyto paru szwami. Rychłozrost zupełny.

Dnia 3 Marca pacyent wypisał się ze szpitala zupełnie wyleczony. Jądro lewe w porównaniu z prawem nieco większe, trzyma się dobrze w górnej części moszny; skóra nad jądrem przesuwalna. (Streścił autor).

Krauze wynik operacyi w przypadku przedstawionym uważa za dodatni, pomimo wysokiego uniesienia jądra z przyczyny zbyt krótkich naczyń sznurka nasiennego. W przypadkach tego rodzaju uzasadnionem byłoby wycięcie naczyń krwionośnych sznurka z pozostawieniem jedynie nasieniowodu, co powinnoby w znacznej mierze ułatwić ściągnięcie jądra ku dołowi.

Co się tyczy wyników zabiegu Hahna wogóle, to spostrzeżenia własne przekonały mówcę, że dolegliwości towarzyszące zwykle wnętrostwu zabieg usuwa doszczętnie, natomiast dotychczas jest rzeczą niewyjaśnioną, czy zabieg powyższy wywiera również wpływ dodatni na inne następstwa wnętrostwa, mianowicie bezpłodność i skłonność do nowotworów, jaką wykazują jądra, uwięzione w kanale pachwinowym.

K. widział w tych dniach operowanego z powogu wnętrostwa przed 2-ma laty i stwierdził, że jądro pozostaje we właściwem miejscu, co dowodzi trwałości wyników zabiegu Hahna.

4. *Kryński* mówił o operacyi usunięcia połowy miednicy wraz z kończyną dolną, jaką wykonał u mężczyzny 53-letniego zpowodu mięsaka kości udowej lewej, przechodzącego na kości miednicy i zajmującego kość łonową, talerz kości biodrowej i górną część kości siedzeniowej. Znieczulenie rdzeniowe tropakokainą (0,1). Podwiązanie pozaotrzewne tętnicy i żyły biodrowej. Cięcie brzuszne od guzka łonowego wzdłuż wiązadła pachwinowego ku brzegowi żeber. Stąd ponad zrostem krzyżowo-biodrowym ku dołowi i po wykrojeniu odpowiedniego płata pośladkowego, po przez krocze i pachwinę lewą do punktu wyjścia na guzku łonowym. Aby uniknąć uszkodzenia więzów, przymocowujących prącie do brzegu spojenia łonowego, nie przeciął Kr. tego spojenia, lecz przedłutował gałąź poziomą kości łonowej i gałąź wstępującą kości kulszowej, poczem po rozsunięciu na przodzie kości miednicy, udało się bez trudności rozciąć chrząstkozrost krzyżowo-biodrowy i, po przecięciu do reszty mięśni biodrowych, udowych, kroczowych i pośladkowych, oddzielić całą tę część chorą. Powstałą stąd ogromną ranę zaszyto, łącząc brzeg skóry i powięzi brzusznej ze skórą płata pośladkowego; w dolny kąt rany wstawiono pomiędzy skórę a otrzewną sączek z gazy. Długość rany po zaszyciu wynosi 34 ctm., operacya trwała 1 godzinę i 20 minut. Obecnie w 2 tygodnie po zabiegu chory ma się wcale dobrze; ciepłota wieczorna koło 37.5°; wydzielina z otworu rany obfita. Łaknienie dobre, oddawanie moczu zupełnie prawidłowe, wypróżnienia co drugi dzień tylko przy pomocy wlewań.

Dotychczas w piśmiennictwie chirurgicznem, według zestawienia Keena opisano 19 przypadków tej operacyi; zpomiędzy nich zaledwie w 5-ciu był wynik pomyślny; w ogromnej większości przypadków dość szybko, w ciągu pierwszych dni, a nawet pierwszych godzin po operacyi w następstwie samego zabiegu następowało zejście śmiertelne. Nasze piśmiennictwo chirurgiczne dotychczas przypadków tej operacyi nie posiada, ten więc jest pierwszy, dotychczas pomyślny przypadek wycięcia połowy miednicy wraz z kończyną dolną — zabiegu operacyjnego, niewątpliwie bardzo ciężkiego, który jednakże przedstawia widoki zejścia pomyślnego i rozszerza zakres interwencyi w przypadkach, uważanych dotychczas za nienadające się już do operacyi.

(Streścił autor).

Karczewski do nielicznych przypadków wycięcia całej połowy miednicy dodaje przypadek Krajewskiego, o którym prelegent nie wspomniał, z zejściem niepomyślnem; wskazaniem do zabiegu była gruźlica kości biodrowej. K. zwraca prócz tego uwagę, że użyta przez Kryńskiego nazwa „talerz biodrowy" nie jest czysto polska.

Kryński zaznacza, że przypadek Krajewskiego, jako nie ogłoszony, nie był mu znany, następnie wyjasnia, że skrzydłem nazywa się górna szeroka, płaska część kości biodrowej, wklęsłość zaś na jej powierzchni wewnętrznej nosi ogólnie przyjętą nazwę talerza biodrowego. Kr. odszukuje odpowiednie miejsce „w słowniku lekarskim".

W dalszym ciągu w rozprawach poruszono sprawę wskazań i wyników leczenia operacyjnego mięsaków wogóle.

Czarkowski zaznacza, że wyniki zabiegów operacyjnych w mięsakach nawet w razie możliwiej ich doszczętności są prawie bezwzględnie niepomyślne. Chorzy giną od przerzutów w narządach wewnętrznych, które zwykle istnieją już w chwili wykonania operacyi. Usuwanie okolicznych gruczołów chłonnych w mięsakach nie ma tego znaczenia, co w rakach, gdyż mięsaki szerzą się przeważnie drogą naczyń krwionośnych. Na dużą liczbę przypadków, operowanych w klinice z powodu nowotworów omawianych, w jednym zaledwie mógł Cz. stwierdzić po latach brak wznowy i przerzutów. Wobec tego mówca wyraża pewne powątpiewanie co do celowości zabiegów operacyjnych w mięsakach.

Kryński sądzi, że sceptycyzm Czarkowskiego, aczkolwiek w znacznym stopniu uzasadniony, jest w danym razie nie na miejscu... Obowiązkiem chirurga jest operować w każdym przypadku mięsaka, dającego się usunąć doszczętnie, gdyż tą jedynie drogą udaje się, w rzadkich co prawda razach, osiągnąć wyleczenie trwałe.

Karczewski twierdzi, że pogląd, wypowiedziany przez Czarkowskiego, jest słuszny, lecz w zastosowaniu do pewnego tylko rodzaju mięsaków, mianowicie b. rozległych i miękkich. Natomiast mięsaki o spoistości twardej, szczególniej zaś pochodzenia okostnowego, nie dają przerzutów i wznowy nawet w razie zwykłego tylko ich wyłuszczenia. Zresztą nawet w przypadkach na pozór beznadziejnych, gdzie z powodu wznowy zachodzi potrzeba kilkakrotnego powtarzania operacyi, udaje się niekiedy otrzymać w końcu wyleczenie trwałe. K. przypomina dwa tego rodzaju spostrzerzenia własne: czte-

rokrotnie operowany mięsak z powięzi ramienia i takiż nowotwór, również operowany parokrotnie, pochodzący z mięska łzowego. W obu przypadkach stan chorych jest dobry i wznowy niema, aczkolwiek od operacyi upłynęło po kilka lat.

Stankiewicz Wł. jako przyczynek do sprawy uleczalności mięsaków przytacza również 2 spostrzeżenia, mianowicie: przypadek mięsaka wrzecionowato-komórkowego pęcherza moczowego bez wznowy po latach 13-tu od zabiegu; przypadek drugi dotyczy 60 letniej kobiety z mięsakiem okolicy lędźwiowej, operowanej trzykrotnie w odstępach rocznych z powodu nowrotów, przy 4-ej wznowie, przed 5 laty, osiągnięto wyleczenie przy pomocy przypałań chlorkiem cynku. S. jest zdania, że każdy mięsak, nadający się do usunięcia doszczętnego, należy operować możliwie wcześnie.

Pozatem rozprawiano nad sposobami zapobiegawczego tamowania krwawienia podczas zabiegu, omówionego przez Kryńskiego.

Karczewski zwraca uwagę na celowość uprzedniego podwiązania t. biodrowej wspólnej, zastosowanego przez Kryńskiego, sądzi jednak, że wynik pożądany dałoby się również osiągnąć przez okręcenie brzucha rurą gumową, sposób powszechnie zalecany i używany zagranicą, u nas, jak się zdaje, przez nikogo nie wypróbowany.

Krauze wątpi, czy wspomniany sposób tamowania krwawienia mógłby znaleść zastosowanie w wycięciu miednicy, gdyż po odjęciu tej ostatniej opaska łatwo mogłaby się obsunąć.

Kryński dodaje, że opaska przypadłaby na linię cięcia, idącego w danym razie od ostatniego żebra prawie do pachwiny i uniemożliwiała by w ten sposób zabieg, pozatem K. wątpi, czy okręcenie brzucha zwykłą rurą gumową, bez użycia odpowiedniego wciskadła, wywołać jest wstanie dostateczne uciśnięcie tętnicy głównej.

Oderfeld uważa opasywanie brzucha wężem gumowym za rękoczyn wprost niebezpieczny ze względu na możliwość poważnych uszkodzeń narządów brzusznych, szczególniej w razie dłuższego, przekraczającego minut kilkanaście, trwania ucisku.

Z poglądem tym nie godzą się następni mówcy.

Stankiewicz Cz. przypomina, że omawiany sposób obezkrwienia dolnej połowy ciała jest pomysłem Momburga. Sądząc z piśmiennictwa odnośnego, sposób ten był wielokrotnie stosowany w przypadkach krwotoków porodowych i połogowych z wynikiem pomyślnym i bez złych następstw, jakich obawia się Oderfeld. Posiłkowano się nim również w czasie wojny rosyjsko-japońskiej.

Użycie peloty jest zbyteczne, dwu, najwyżej trzykrotne opasanie zwyczajną rurą gumową w zupełności wystarcza. Ujemnego wyniku spodziewać się można jedynie u osobników b. otyłych lub z nadmiernie rozwiniętym układem mięśniowym. Zbliżone poglądy wypowiadają Krauze i Karczewski; ten ostatni przyrównywa pomysł Momburga do ogólnie uznanej gienialnej metody Esmarcha i sądzi, iż pomysł ten powinien znaleść szerokie zastosowanie przedewszystkiem w położnictwie.

5. *L. Kryński* przedstawia preparat mięśniaka macicy o dwojakiem skręceniu. Chora lat 36, panna. Guz w brzuchu od 3 lat. Przed 2-ma mie-

siącami przechodziła ciężkie zapalenie otrzewnej. Obecnie guz dosięgnął rozmiarów głowy dorosłego człowieka, powodując bóle i zaburzenia kiszkowe. Cięcie brzucha w uśpieniu chloroformowem, w ułożeniu Trendelenburga. Guz (fibromyoma) barwy szaro-sinej zrośnięty całą przednią swą powierzchnią z otrzewną ściany brzusznej. Po oddzieleniu guza okazało się, że jest on przymocowany na szypule grubości dużego palca do lewego rogu macicy tuż obok wyjścia jajowodu, przyczem zachodzą dwa ciekawe zjawiska: 1-o szypuła nowotworu jest skręcona wzdłuż swej osi wskutek tego, że guz wykonał obrót na około niej o całe 360°; 2-o macica została pociągnięta za guz tak, iż wykonała pół obrotu (180°), wskutek czego przednia jej powierzchnia zwrócona jest ku tyłowi i na prawo, tylna zaś ku przodowi i na lewo. Obadwa te skręcenia wywołały głębokie zaburzenia w krążeniu i odżywianiu nowotworu i macicy, które stały się przyczyną zapalenia otrzewnej i owych obszernych zrostów. Po podwiązaniu szypuły i odcięciu guza okazało się, że lewy róg macicy i znaczna część jej ściany po tej stronie mają wejrzenie podobne do tkanki guza: barwa brudno-szara, miąższ łatwo się rozdzierający. Aby więc nie pozostawiać takiej zgorzelinowej tkanki w jamie otrzewnej, zrobił Kryński wycięcie klina z macicy, obejmującego prawie całą lewą jej połowę aż do jamy jej, która została otwartą (amputatio longitudinalis uteri), poczem powstały ubytek w macicy zeszył szwem strunowym 2-piętrowym. Zeszycie ściany brzusznej z pozostawieniem w dolnym kącie pasemka gazy. Przebieg pooperacyjny pomyślny. Chora po 4-ch tygodniach pojechała do domu.

(Streścił autor).

Karczewski zwraca uwagę na względną rzadkość skręcenia szypuły guzów macicy w przeciwstawieniu do guzów jajnikowych. Rozpoznanie w przypadkach tego rodzaju jest zwykle trudne, omyłki rozpoznawcze zdarzały się niejednokrotnie. K. przypomina przypadek własny skręcenia szypuły mięśniaka macicy podsurowiczego, przedstawiony na posiedzeniu chirurgicznem przed paru laty. W przypadku tym operacya wykonana była wcześnie, dzięki czemu do głębszych zaburzeń w odżywianiu nie doszło. Pewne trudności techniczne spotkać mogą operującego w przypadkach odnośnych w razie zgorzeli szypuły, względnie pokrywającej ją otrzewnej, której zabraknąć może do nieodzownego pokrycia kikuta. Dokładne spojenie brzegów rany i zaopatrzenie jej w otrzewną ułatwić może w tych razach wycięcie klina ze ściany macicy.

6. *Ciechomski* przedstawił preparat, dotyczący 2 dość rzadkich cierpień, mianowicie przepukliny pozaotrzewnej Treitza oraz podwójnego wgłobienia kiszki cienkiej i grubej wraz z wypadnięciem jelita wgłobionego do odbytnicy (hernia retroperitonealis Treitzi, intussusceptio ileocolica cum prolapsu int. intussuscepti).

Szczegóły przypadku powyższego są następujące: S. W. włościanin lat 39, w początkach Listopada 1908, a więc przed 4-ma miesiącami, bez żadnej widocznej przyczyny zaczął doświadczać bólu w brzuchu; ból ów na razie bardzo mocny wkrótce zmiejszył się, lecz po kilku dniach powrócił z tem samem natężeniem; takim nasileniom bólu towarzyszyły zwykle wymioty bez zapachu kałowego mimo, to wiatry odchodziły, a wypróżnienia

były nawet dość prawidłowe. Objawy powyższe trwały prawie bez zmiany przez 2 miesiące, pacyent wychudł i mocno osłabł.

Na 3 tygodnie przed zapisaniem się do szpitala podczas jednego z napadów bólu uczuł jakby wypuklenie się odbytu; od tej chwili nie mógł już wstrzymać ani wiatrów, ani wypróżnień; wodnisty, mocno cuchnący kał wydzielał się prawie bez przerwy; w ciągu ostatnich dni miewał częste wymioty, co wycieńczyło go strasznie i zmusiło nareszcie do szukania pomocy w szpitalu.

W dniu 28 Lutego r. b. w szpitalu Dzieciątka Jezus stwierdzono stan następujący: rysy twarzy zaostrzone, oczy zapadłe, kończyny zimne, tętno ledwie wyczuwalne, ciepłota 36,6^0, głos przytłumiony, język podsychający, słowem obraz wielkiego wycięczenia obok zupełnej apatyi. W jamie brzusznej w okolicy pępka ku górze i na lewo od niego wyczuwa się guz sprężysty o powierzchni dość gładkiej, wielkości głowy dorosłego człowieka, nieco bolesny na dotyk; na lewo od wspomnianego guza daje się wyczuć inny kształtu walcowatego, przebiegający prawie prostopadle ku dołowi; wogóle brzuch powiększony, dość wzdęty, mięśnie brzuszne napięte. W kiszce prostej zaraz nad odbytem wyczuwa się twór miękki, walcowaty, z zagłębieniem na wierzchołku, zwróconym ku odbytowi, palec wprowadzany w owo zagłębienie przedostaje się wyżej do wnętrza wspomnianego tworu, nie trafiając na jakąś przeszkodę; po rozszerzeniu odbytu na tępo widać wyraźnie zczerniałe, wiotkie i obumarłe jelito, opuszczające się do światła prostnicy, poza odbyt można je łatwo wyciągnąć na długość około 10—12 ctm. Rozpoznano zatem wgłobienie z wypadnięciem jelita do odbytnicy, guz zaś sprężysty w okolicy pępka uznano jako skłębienie kiszek, powstałe wskutek pociągania kreski jelita wgłobionego.

Wobec b. ciężkiego stanu chorego, zaniechano na razie zabiegu operacyjnego; pomimo wielkich wysiłków z naszej strony dogorywał w dalszym ciągu; nie odzyskawszy tętna, zmarł wkrótce wśród objawów wyczerpania serca.

Oględziny pośmiertne wykazały szczegóły następujące: po otworzeniu jamy brzusznej widać, że żołądek, a nadewszystko poprzecznica i okrężnica zstępująca olbrzymio rozszerzone, prawie całkowicie wypełniają jamę otrzewnej, między żołądkiem i poprzecznicą dość znaczne wypuklenie, pokryte siecią, w jamie Douglasa niewielka pętlica kiszki cienkiej, zresztą nie widać zupełnie reszty jelit cienkich, jak również kątnicy ślepej wraz z okrężnicą wstępującą; dopiero po uniesieniu ku górze poprzecznicy przekonano się, że cały kłęb kiszek cienkich po rozciągnięciu fałdu dwunastniczo-czczego ukrył się pomiędzy krezką poprzeczniczą i siecią małą (lig. gastro-colicum); po wydobyciu stąd trzew przekonano się dalej, że z prawej strony kiszka cienka ginie w pozostałym niewielkim odcinku okrężnicy wstępującej zaraz przy poprzecznicy, niewielka pętlica najbliższa kiszki wgłobionej właśnie opuściła się do dołu Douglasa, w poprzecznicy czuć twardą zawartość, jakby grubą kiełbasę na całej jej długości, to samo w okrężnicy zstępującej, wreszcie niedaleko zwykłego miejsca kątnicy esowatej widać 2-e wgłobienie odwrotne, mianowicie kątnicy esowatej w okrężnicę zstępującą, zatem poniżej pierścienia owego wgłobienia widać tylko niewielką resztkę k. esowatej

i prostnicę. Po wydobyciu wszystkich trzew wraz z otrzewną tylną nazewnątrz, rozcięto odbyt, w dolnej wszakże części odbytnicy nie znaleziono wspomnianego wyżej wypadniętego jelita, najwidoczniej wciągnęło się ono głębiej podczas rękoczynów w jamie brzusznej lub też skurczyło się niezadługo przed śmiercią chorego t. j. wówczas, gdy ustały już parcia na stolce i co zatem idzie opuszczenie się jelita wgłobionego.

Zresztą do sprawy tej powróci się później, jak również do tej niezwykłej postaci wgłobienia odwrotnego.

Tymczasem po rozcięciu powstałej i pozostałej reszty kiszki esowatej dotarto do miejsca wgłobienia tej ostatniej w okrężnicę zstępującą; odgłobienie nie nastręczało trudności; wgłębiony odcinek k. esowatej wynosił około 12 ctm. długości, posuwając się po okrężnicy ku górze, dopiero w rozciętej poprzecznicy zaraz u jej końca lewego znaleziono kiszkę cienką wgłobioną, całkowicie uległą zgorzeli, tę właśnie, która przedtem wypadła do prostnicy i przekroczyła odbyt. Wraz z nią była wgłobiona i również obumarła kątnica ślepa wraz z wyrostkiem robaczkowym oraz najbliższa część okrężnicy wstępującej prawie do zgięcia wątrobowego; wynika zatem, że kiszka wypadnięta była jelitem krętem (ileum), które wciąż jako wgłobione opuszczało się ku dołowi i ciągnęło za sobą kątnicę ślepą wraz z częścią okrężnicy.

A zatem w danym przypadku mieliśmy do czynienia z dwiema dość niezwykłemi postaciami chorobowemi w jamie brzusznej, mianowicie z olbrzymią przepukliną pozaotrzewną oraz podwójnem wgłobieniem trzew, t. j. prostem i odwrotnem, kiszki cienkiej w grubą i grubej w grubą.

Jeżeli zadamy sobie pytanie, które z tych dwóch cierpień istniało wcześniej, to niewątpliwie roztrzygnąć je wypadnie na korzyść pierwszego, a więc przepuklina pozaotrzewna, w której mieściło się prawie całe jelito cienkie, musiała powstać dawno i najwidoczniej nie sprawiała żadnych wybitniejszych zaburzeń, skoro pacyent czuł się dobrze aż do listopada roku ubiegłego; w tym czasie początek nagłych jego dolegliwości w brzuchu przypisać należy powstaniu wgłobienia.

To znaczne wydłużenie krezki jelita cienkiego, nieodzowne do powstania przepukliny pozaotrzewnej, oczywiście sprzyjało powstaniu wgłobienia pierwotnego kiszki cienkiej w grubą. Z biegiem czasu wgłobiona kiszka cienka dosięgła prostnicy a nawet zaczęła wypadać przez odbyt zwłaszcza podczas parcia na stolec i prawdopodobnie cofała się wgłąb, skoro parcie mijało.

Być może, że to cofanie się jelita wgłobionego, powtarzające się przez czas dłuższy, dało początek owemu wgłobieniu odwrotnemu, t. j. kątnicy esowatej w okrężnicę zstępującą. Wgłobienie to, jako dość głębokie, niezawodnie powstało za życia nie odrazu, lecz na skutek całego szeregu opuszczań się i cofań wgłobionej kiszki cienkiej.

Cofnięcie się kiszki cienkiej wgłobionej przypuszczalne podczas oględzin pośmiertnych, a stwierdzone niewątpliwie na preparacie wówczas, gdy rozcięto kiszkę grubą, poczynając od odbytnicy, żadną miarą nie należy

uważać, jako objaw pośmiertny, niewątpliwie powstało ono w ostatnich chwilach życia, gdy parcia na stolec stawały się coraz słabsze.

(Streścił mówca).

Kryński zwraca uwagę, że w przypadku danym, zresztą w przypadkach wpochwienia kiszek wogóle, pożądanem byłoby zdejmowanie dokładnych wymiarów krezki w celu wyjaśnienia mechanizmu powstawania wgłobienia. Jak dotychczas na okoliczność tę nie zwracano, jak się zdaje, dostatecznej uwagi.

W dalszych rozprawach uwagę powszechną zwraca b. rzadkie, według zdania ogólnego, zjawisko wgłobienia wstecznego zgięcia esowego w część zstępującą okrężnicy.

Oderfeld zjawiska podobnego nie spostrzegał i w piśmiennictwie opisu wgłobienia odwrotnego nie spotykał*). O. wyraża przypuszczenie, że jest to zjawisko pośmiertne.

Z poglądem tym nie zgadza się jednak większość niżej wymienionych mówców, którzy zjawisko omawiane uważają za przyżyciowe i wygłaszają cały szereg przypuszczeń, co do sposobu jego powstawania.

Sawicki sądzi, że kiszka wpochwiona cienka, cofając się, pociągnęła za sobą i wgłobiła w ten sposób kątnicę esowatą w okrężnicę zstępującą.

Oderfeld nie zgadza się z tem wyjaśnieniem i sądzi, że byłoby ono prawdopodobnem w razie, gdyby istniały zrosty pomiędzy stykającemi się ze sobą powierzchniami kiszek lub też gdyby przynajmniej powierzchnie te były nierówne, nie zaś gładkie i śliskie, jak to ma miejsce w rzeczywistości.

Ciechomski jest zdania, że czynnikiem wywołującym omawiane zjawisko były silne parcia, jakie stale miewał chory, które wprost natłaczały wyżej leżący odcinek kiszki, t. j. okrężnicę na niżej położoną k. esowatą.

Dla Sawickiego tłomaczenie Ciechomskiego byłoby zrozumiałe w tym jedynie razie, gdyby pomiędzy kiszkami, wgłobioną i wgłobiającą, zachodził stosunek odwrotny pod względem ich ruchomości. Ponieważ tak nie jest, niezrozumiałem jest nadzianie się nieruchomej, o krótkiej krezce, okrężnicy na ruchome zgięcie esowate.

Krauze robi przypuszczenie, czy w przypadku danym nie istnieje w rzeczywistości ów stosunek odwrotny co do ruchomości kiszek wskutek niezwykłej długości krezki okrężnicy zstępującej.

Stankiewicz Cz. zwraca uwagę na możliwość wchłaniania się gazów, przez co powstać mogła różnica w ciśnieniu, powodująca wciągnięcie się ku górze kiszki wgłobionej.

Czarkowskiemu najbardziej trafia do przekonania wyjaśnienie Ciechomskiego. Cz. sądzi, że obecność w esicy kiszki cienkiej, obrzękłej i twardej mogła ją poniekąd unieruchomić i ułatwić w ten sposób nasunięcie się na nią okrężnicy zstępującej.

---

*) Na posiedzeniu następnem Oderfeld zaznaczył, iż musi zdanie to sprostować, gdyż w naszem piśmiennictwie znalazł podobny przypadek. Otóż kol. Dobrucki w znanej swej pracy cytuje przypadek kol. Majewskiego, w którym oglądając zwłoki znaleziono obok invaginatio progressiva descendens jednocześnie i retrograda aut ascendens, lecz nie jak w przypadku Ciechomskiego w oddzielnych punktach kanału pokarmowego, a w jednem miejscu.

Posiedzenie dnia 8 kwietnia 1909 r.

1. *Oderfeld H.* Przypadek ciężkiego zakażenia dróg żółciowych. Przedstawienie chorej.

2. *Judt I. M.* O rentgenografii stereoskopowej.

3. *Sławiński Z.* Przedstawienie płynu do znieczulania miejscowego.

1. *Oderfeld* przedstawia chorą, wyleczoną drogą operacyjną z ciężkiego zapalenia dróg żółciowych i wątroby. Przypadek dotyczył 55-letniej chorej, która poraz pierwszy zachorowała na „kamienie" przed 11-u laty. Jednorazowy pobyt w Karlsbadzie dał jej zdrowie przez 9 lat. Przed rokiem nagle zachorowała na bóle „w dołku" i wymioty; po pewnym czasie zjawiła się gorączka i żółtaczka. Stan chorej pomimo leczenia stale pogarszał się. gorączka nie znikała, żółtaczka przybierała większe natężenie. Już wtedy proponowano chorej operacyę, na którą jednak nie zgodziła się i w rozpaczliwem położeniu pojechała do Karlsbadu, gdzie, niebędąc w stanie używać jakiegokolwiek leczenia, przeleżała kilka tygodni w łóżku. Stamtąd przywieziono ją do domu na wpółżywą.

Żółtaczka po dawnemu silna, bóle stałe w nadbrzuszu, codziennie dreszcze i gorączka, dochodząca do 39^0. Stan ten trwał bez przerwy przez całe 10 miesięcy. W tym czasie widział O. chorą poraz pierwszy. Badanie wykryło: chora silnie wycieńczona, żółtaczka, język podsychający. Gorączkuje stale w godzinach poobiednich, przyczem przed gorączką odczuwa mniej lub więcej silne dreszcze; bóle tępe w okolicy wątroby. Tętno około 120. W moczu białka niema.

Stan chorej nie zachęcał bynajmniej do zabiegu operacyjnego, który z góry zapowiadał się, jako zabieg większy. O. zdecydował się operacyę wykonać w listopadzie r. z. Po otworzeniu jamy brzusznej cięciem poprzecznem Kochera uderza odrazu znaczne powiększenie wątroby; na prawym jej zrazie widać usiane oddzielnie białawe guziki, wielkości orzecha laskowego. Guziki owe nie występują nad poziom powierzchni wątroby, zajmują one znaczną część prawego zrazu wątroby i w pewnej odległości od brzegu, mniej więcej na 10 ctm., więcej ich nie widać. Czynią one wrażenie złośliwych nowotworów, rozsianych na pewnej przestrzeni prawego zrazu wątroby. Pęcherz żółciowy mały, zrośnięty z siecią i poprzecznicą.

Po oddzieleniu zrostów, O. torował sobie drogę do dróg żółciowych głównych rozcinając pęcherz i stopniowo pod kierunkiem zgłębnika Uhdego przewód pęcherzowy aż do przejścia tego ostatniego w przewód wątrobowy i żółciowy wspólny. Pęcherz okazał się pustym, natomiast w przewodzie wspólnym wyczuć można spory kamień.

Po oddzieleniu pęcherza żółciowego od jego łożyska na dolnej powierzchni wątroby i podwiązaniu tętnicy, pęcherz wraz z jego przewodem usunięto. Rozcięto nieco ku dołowi przewód wspólny i zapomocą łyżeczki wydobyto w dwóch kawałkach uwięziony kamień. Następnie włożono sączek do przewodu wątrobowego.

Pozostało do rozstrzygnięcia pytanie, co zrobić z ową częścią prawego zrazu wątroby, usianego wyraźnymi guziczkami?

Wobec przypadkowego szczęśliwego (pod względem techniki operacyjnej) zbiegu okoliczności, którego przyczynę trudno objaśnić, mianowicie, że w pewnej dostępnej odległości kończy się granica owych guzików, a z drugiej strony świadomość, że bez względu na ich naturę, pozostawienie ich znacznie pogorszyłoby rokowanie i tak ciężkiego stanu chorej, O. zdecydował się na wycięcie owej zajętej części wątroby en masse.

Po obkluciu wątroby powyżej owych guzików igłą Pęski-Kuzniecowa, stopniowo, w miarę nakładania podwiązek, narząd przecinano; idąc coraz dalej tą drogą, wycięto płat wątroby w postaci trójkąta, którego podstawa wynosiła około 15 ctm. a boki po 10 ctm., t. j. ową całą część wątroby, zajętą przez wzmiankowane guziczki. Krwawienie podczas tego rękoczynu było nieznaczne. Jamę wypchano gazą jodoformową i wyjałowioną i częściowo zeszyto.

Na przekroju guziki owe okazały się przerzutowymi ropniami wątroby.

Przebieg pooperacyjny był b. ciężki. Gorączka ropnicowego charakteru w pierwszych czasach nie znikała, dreszcze w dalszym ciągu zjawiały się prawie codziennie. Pomimo obfitego wydzielania się żółci przez sączek, żółtaczka również natężenia swego nie zmniejszała.

Dopiero powoli, w miarę oddzielania się kikuta rp. brzegu po odciętej wątrobie, rana zaczęła oczyszczać się, dreszcze zaczęły występować coraz rzadziej, gorączka zmniejszała się, i po 10 tygodniach chora zaczęła do sił wracać, żółtaczka i gorączka znikły i rana zabliźniła się. Dziś chora jest zupełnie zdrową. Dodać należy, że w przebiegu pooperacyjnym wypadło przecinać kilka ropni przerzutowych na kończynach.

O. uważa, że ropnie w wątrobie, które robiły wrażenie nowotworów, były następstwem ciężkiego zakażenia, wyszłego z dróg żółciowych, zależnego od uwięźnięnia kamienia w prz. wspólnym.

(Streścił autor).

Sławiński wyraża powątpiewanie, czy rozpoznanie w przypadku przedstawionym jest słuszne. Na zasadzie ogólnego obrazu i przebiegu cierpienia S. skłania się raczej ku temu, że omawiana sprawa chorobowa była ropnicą z przerzutami w wątrobie.

Krauze mówi o własnem spostrzeżeniu ciężkiego zakażenia dróg żółciowych, dotyczącego chorej, która od dłuższego czasu miała żółtaczkę i uczuwała tępy ból w okolicy wątroby, napadów kolki wątrobianej nigdy nie miewała. Badaniem stwierdzono: wątrobę powiększoną i bolesną, w moczu barwniki żółci, kał bezbarwny; T^0 wieczorami powyżej 39^0, z rannymi spadkami do 37^0. Rozpoznano zapalenie dróg żółciowych. Po otwarciu jamy brzusznej cięciem poprzecznem znaleziono liczne zrosty pomiędzy pęcherzem, siecią i jelitami. Obie powierzchnie wątroby usiane były drobnymi ropniami w postaci gruzełków, wielkości łebka od szpilki lub nieco większych. Pęcherz mały, zawierał b. niewiele mętnej żółci, kamieni ani w pęcherzu ani w przewodach nie znaleziono. Wobec wyraźnych zmian zapalnych oraz owrzodzeń na błonie śluzowej, pęcherz usunięto i włożono sączek gumowy do przewodu wspólnego.

Przebieg pooperacyjny ciężki, sączek parokrotnie wysuwał się i był wprowadzony z powrotem, w końcu jednak chora powróciła do zupełnego

zdrowia. Po kilku jednak tygodniach powrót dawnego cierpienia z bólami, żółtaczką, utratą łaknienia i t. p.

Wobec wyraźnych objawów niedrożności przewodów żółciowych K. zdecydował się na zabieg powtórny, podczas którego wykonał zespolenie przewodu żółciowego wspólnego z dwunastnicą. W 2 dni po zabiegu chora zmarła.

Badanie pośmiertne znalazło: przewody żółciowe wspólny i wątrobowy silnie rozszerzone, powyżej uchyłka Vatera niewielki guz, jak się później okazało, rakowy, zamykający wylot przewodu. Wspomniane natomiast ropnie prosówkowate wątroby znikły bez śladu.

Przypadek powyższy dowodzi, że drobne ropnie wątroby, powstałe na tle ropnego zapalenia dróg żółciowych, opróżniają się i mogą znikać samoistnie dzięki odpowiedniemu leczeniu cierpienia podstawowego, wobec tego K. nie sądzi, by zastosowane przez Oderfelda częściowe wycięcie wątroby, zabieg bez wątpienia ciężki, miało wskazanie uzasadnione.

Kryński popiera pogląd, wypowiedziany przez poprzedniego mówcę.

Oderfeld kol. Krauzemu i Kryńskiemu odpowiada, że aczkolwiek w podręcznikach i pracach o leczeniu tak ciężkich powikłań, jakie w danym przypadku miały miejsce, niema wzmianki o podobnym zabiegu, ale O. sądzi, że przypadek powyższy upoważnia na przyszłość do wycinania części wątroby, jako zabiegu, mającego wskazanie życiowe, rozumie się o ile warunki techniczne na to pozwolą.

2. *Judt I. M.* mówił o rentgenografii stereoskopowej, wyjaśniając przemówienie pokazem stereoskopu i zdjęć stereoskopowych.

Rentgenografia zwykła daje obrazy o jednej płaszczyźnie. Nie można z nich wnioskować o głębokości przedmiotu, o wymiarach poszczególnych, o wzajemnym stosunku narządów. Częstokroć z tego powodu rentgenografia nie pozwala na otrzymanie pożądanej ścisłości rozpoznawczo-umiejscawiającej. Wspomnę np. o ciałach obcych w okolicy kości miednicowych.

Nie możemy tu posiłkować się dwoma zdjęciami w kierunkach do siebie prostopadłych, aby odpowiedzieć, czy ciało obce leży wewnątrz miednicy, czy też w masie mięśni zewnętrznych.

Sposoby umiejscawiania ciał obcych, a jest ich legion cały, nie są dość ścisłe, przynajmniej dla niektórych przypadków. Zresztą dla chirurga liczby pomiarowe z obliczeń geometrycznych, nawet w trzech kierunkach, stwarzają dane niekiedy mało wymowne. Sprężystość i miękkość tkanek, przemieszczalność narządów, wpływ skurczów i rozkurczów mięśniowych zmieniają podczas zabiegu operacyjnego uzyskany poprzednio szemat pomiarowy. Wreszcie częstokroć nie można dokonywać obliczeń w głębi tkanek rozcinanych.

Ważniejsze dla chirurga jest wrażenie wzrokowe, wzrokowe uchwycenie stosunku ciała obcego do wydatnych punktów anatomicznych, — do jakich, np. w miednicy należą kolec kulszowy lub guz kulszowy.

Oczywiście stereorentgenografia w wielu przypadkach wydaje się metodą nader celową, aczkolwiek mało jest stosowana ze względu na trudności techniczne.

W fotografii zwykłej zdjęcia stereoskopowe dokonywane są jednocześnie, automatycznie, za pomocą przyrządu o podwójnej soczewce przedmiotowej. W rentgenografii, natomiast, każde zdjęcie robione jest oddzielnie. Wiadomo, jak trudne jest utrzymanie vacuum rurki rentgenowskiej na jednakowym poziomie w przeciągu jednej minuty, — a każde poszczególne zdjęcie np. miednicy u człowieka dorosłego wymaga około trzech minut. Unieruchomiając pacyenta i kasetę z kliszą, przesuwamy rurkę po dokonaniu pierwszego zdjęcia, o kilka centymetrów — do 7 ctm., stosownie do praw optycznych naszego wzroku, i podstawiamy drugą kliszę dla drugiego zdjęcia.

Stałość w działaniu rurki, absolutny spokój pacyenta, wreszcie dokładność procedur chemicznych — to czynniki niezbędne dla otrzymania istotnego wyniku bryłowatości.

Klisze tego rodzaju mogą być rozpatrywane dwojako: zmniejszone do rozmiarów małych (7 × 8 cent.) i zastosowane do zwykłych fotograficznych stereoskopów, — albo też w rozmiarach naturalnych (do 40×50 cent.) za pomocą specyalnych przyrządów stereoskopowych.

To pierwsze jest niewygodne. Zmniejszanie odbitek zabiera dużo czasu i wpływa na niewłaściwą ocenę lokalizacyjną.

Jeden z takich przyrządów J. przedstawia:

Jest to stereoskop, zbudowany w 1901 r. przez Krussa w Hamburgu, według idei Duboscqa z 1857 r. Przed każdem okiem stawia on trójgran achromatyczny, niezbyt mocno załamujący światło ($14^1/_2{}^0$). Trójgrany te można rozsuwać stosownie do właściwości wzroku. Dla zobrazowania przemówienia J. pokazuje zdjęcia stereoskopowe kości stawu skokowego z ich węwnętrzną budową, — żołądek i jelito grube, wypełnione bizmutem, — złamanie nasad dolnych kości strzałkowej i piszczelowej, wreszcie kości napięstka.

(Streścił autor).

3. *Sławiński* przedstawił płyn do znieczulań miejscowych o składzie następującym:

Novocaini 0.25
Adrenalini gtt. V
Sol. physiol. 50,0.

Płyn powyższy przygotowuje apteka Gessnera w rurkach zatopionych.

Posiedzenie dnia 13 maja 1909 r.

1. *Krauze.* Pokaz dziecka, operowanego z powodu tarni dwudzielnej.

2. *Tenże.* Trzy przypadki ropnego, wrzodziejącego zapalenia pęcherza żółciowego.

3. *Kryński.* Pokaz raka galaretowatego kątnicy, usuniętege operacyjnie.

4. *Ciechomski.* Przedstawienie chorego, operowanego z powodu bąblowca wątroby.

5. *Hincz.* Przedstawienie chorego z dupuytrenowskiemi przykurczeniami palców obu rąk.

6. *Gębarski.* Przypadek zwężenia bliznowego przełyku, leczony fibrolizyną.

7. *Stankiewicz Cz.* Przedstawienie chorej po cięciu brzusznem Pfannenstiela i przeszczepieniu jajnika.

1. *Krauze* przedstawia dziecko, operowane z powodu tarni dwudzielnej z wynikiem pomyślnym.

Dziecko 4-miesięczne urodziło się z rozszczepieniem kręgosłupa (spina bifida) w części lędźwiowej, gdzie można było stwierdzić guz wielkości małej pomarańczy o podstawie szerokiej. Górna część guza o ścianach cienkich przezroczystych, przechodzących w częściach bocznych i dolnych w cienką skórę. Na powierzchni widać było delikatne blizny po zagojeniu się powierzchownych owrzodzeń. Dziecko ma także stopę koślawą z lewej strony; kończynami dolnemi porusza, lecz słabo; pokazało się, że przeważnie mięśnie strzałkowe słabo odpowiadają na prąd elektryczny, lewe słabiej, niż prawe. Ze strony kiszki prostej i pęcherza żadnych zboczeń spostrzegać się nie daje. Operacyę wykonał K. dnia 26 kwietnia w uśpieniu chloroformowem i w położeniu Trendelenburga w chwili, gdy nastąpił czas otwierania worka. Cięcie w skórze naokoło guza; następnie K. odosobnił skórę od worka, co z trudnością się udało, i doszedł do podstawy, która okazała się dość szeroką. Tu worek pękł i wylewał się płyn mózgowordzeniowy. Worek otworzono i pokazało się wówczas, że prawie cały ogon koński znajduje się na wewnętrznej powierzchni worka. Nerwy te K. wyosobnił, odciąwszy worek blizko podstawy, i odprowadził je do kanału kręgowego; nad nimi oponę twardą zespolił zapomocą kilku szwów strunowych, następnie z mięśni utworzył 2 płaty z jednej i z drugiej strony i złączył je szwami. Nad tem wszystkiem zaszył K. skórę poprzecznie i wprowadził pasek gazy wyjałowionej. Dziecko zniosło operacyę b. dobrze. Ciepłota nazajutrz podniosła się do 39^0 i w dniach następnych powoli spadała do wysokości prawidłowej. Ruchy kończyn dolnych po operacyi zupełnie były zniesione, żadnymi bodźcami nie można ich było wywołać, dopiero 4-go dnia pojawiły się ruchy z początku bardzo słabe, a następnie coraz żwawsze. Po 6 dniach zdjęto szwy i rana zagoiła się przez rychłozrost. Badanie kończyn dolnych w 17 dni po operacyi wykazało: zaniku mięśni w obu kończynach nie widać, ruchy w stawach biodrowych i kolanowych dobre, w stawach skokowych ruchów dziecko nie wykonywa. Badanie elektryczne wykazało dobrą pobudliwość zarówno na prąd przerywany, jak i stały mięśni przedniej i tylnej powierzchni uda; natomiast mięśnie goleni nie kurczą się po zastosowaniu prądu faradycznego. Po stosowaniu prądu stałego nie otrzymujemy ani z prawej strony, ani z lewej żadnego skurczu mięśni przedniej powierzchni goleni, natomiast z lewej łydki otrzymujemy minimalne zgięcie stopy, z prawej zaś łydki otrzymujemy niewyraźny i bardzo słaby ruch ksobny stopy. Zaznaczyć należy, że stosowanie silnych prądów daje rzekome ruchy stóp, zależne od kurczenia się mięśni uda. Co do czucia, to kłu-

cie skóry uda z jednej i drugiej strony powoduje płacz, to samo kłucie goleni, natomiast na ukłucie stóp dziecko nie reaguje.

(Streścił mówca).

Kryński, zwracając się do mówcy o pewne wyjaśnienia, wspomina, że w skład worka przepukliny rdzeniowej wchodzi opona twarda, Zembrzuski zaś wobec tego zaznacza, że opona twarda w tworzeniu wspomnianego worka udziału nie bierze, jedynie pajęcza i miękka. Po za tem Z. mówi o 2 operowanych przez siebie przypadkach tarni dwudzielnej z jednoczesnem wodogłowiem. Z. operował w sposób, opisany przez Krauzego, z tą jedynie różnicą, że skórę zeszywał podłużnie. W przypadku 1-ym po 2 tygodniach, pomimo braku ropienia, szwy puściły, zaczął wyciekać w ilości obfitej płyn mózgowo - rdzeniowy i dziecko wkrótce zmarło. W 2-im przypadku po 3 miesiącach w linii szwu powstał otworek, przez który sączy się płyn rdzeniowy; dziecko żyje dotychczas, lecz stan jego z dniem każdym pogarsza się.

Z. przypuszcza, że przyczyną zejścia ujemnego, względnie przesączania się przez ranę płynu mózgowo-rdzeniowego, jest w danym razie wzmożenie ciśnienia w przestrzeni podoponowej na skutek wodogłowia i sądzi, że to ostatnie należałoby uważać za przeciwwskazanie do operowania tarni dwudzielnej.

Oderfeld przypomina przedstawiony przez się przed rokiem przypadek pomyślnej operacyi tarni dwudzielnej, w którym zastosował cięcie łukowate na górnej granicy guza w ten sposób wykonane, że tworzy się z płatu skórnego rodzaj fartuszka, który po wykonaniu właściwej operacyi przyszywa się z powrotem. Przedstawia to tę dogodność, że linia szwu skórnego jest bardziej od otworu stolcowego odsunięta, co u małych dzieci jest nie bez znaczenia, i nie leży nad szwem głębokim worka przepukliny, co w pewnym stopniu zabezpieczyć może od przesączania się płynu mózgowego, o którem wspominał Zembrzuski.

(Streśc. mówca).

Krauze zgadza się z Zembrzuskim, że w skład worka przepuklin rdzeniowych nie wchodzi opona twarda, tylko dwie pozostałe, co miało miejsce i w przedstawionym przypadku. Oderfeldowi K. odpowiada, że wytworzenie płata ze zcieńczałej, zanikłej, często owrzodziałej skóry, jaką zazwyczaj pokryte są przepukliny rdzeniowe, jest, jak sądzi, rzeczą niewykonalną.

Ciechomski robi uwagę, że między mówcami zachodzi najoczywiściej nieporozumienie: jeśli przepuklina pokryta jest niezmienioną skórą, możliwe jest i wskazane—cięcie płatowe, o którem wspominał Oderfeld, przeważnie jednak wytworzenie płata jest, ze względów, o których mówił Krauze, niemożliwe.

Oderfeld powtarza, że nawet ową cienką zanikłą skórę udawało mu się oddzielić od głębszych warstw w postaci płata.

Borsuk spostrzegał niejednokrotnie po operacyach tarni dwudzielnej przesączanie się przez ranę płynu mózgowo-rdzeniowego, nie uważa jednak zjawiska tego za groźne i nie widział z tego powodu zejścia niepomyślnego. W przypadkach tego rodzaju nawet w razie zropienia rany następowało zawsze w końcu wygojenie i wyzdrowienie.

Kryński, powracając do poruszonej poprzednio sprawy składu worka przepuklin rdzeniowych, zaznacza, że aczkolwiek badania Muscatella dowodzą, że składa się on tylko z opon pajęczej i miękkiej, jednakże istnieją również spostrzeżenia, stwierdzające obecność w worku i opony twardej.

2. *Krauze* przedstawia chorą po operacyi dróg żółciowych i omawia 3 przypadki ropnego zapalenia pęcherza żółciowego na tle kamicy.

Pierwszy przypadek dotyczył chorej 24 letniej, która przed rokiem zachorowała na bóle w prawym boku, którym towarzyszyły dreszcze i gorączka. Po miesiącu chora wyzdrowiała. W ciągu roku od czasu do czasu wracały napady, lecz nie na długo. Na tydzień przed przybyciem do szpitala znów zapadła na silne bóle w prawym boku, dreszcze i gorączkę. Ciepłota przez 6 dni była wysoka — dochodziła do 39^0 i wyżej. W szpitalu gorączki już nie było. Żółtaczki nigdy nie było. Badanie wykazało: z prawej strony brzucha wyczuwa się guzowatość, bolesną od ucisku, będącą w związku z wątrobą powiększoną, dobrze wymacującą się. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Mocz oddaje prawidłowo, nie przedstawia on żadnych zmian. Stolce zabarwione. K. rozpoznał ropne zapalenie pęcherza żółciowego prawdopodobnie na tle kamicy żółciowej. Operacya d. 9 kwietnia w uśpieniu chloroformowem. Cięcie skośne. Po otwarciu jamy brzucha widać mocne zrosty naokoło pęcherza żółciowego, składające się z sieci, żołądka i poprzecznicy. Po oddzieleniu zrostów za pomocą noża udało się z trudnością wyosobnić pęcherz żółciowy. Ten ostatni przekłuto trójgrańcem i wypuszczono sporą ilość szarej ropiastej zawartości: następnie pęcherz przecięto i wydobyto kamienie gładkie, kruche. Okazało się dalej na błonie śluzowej pęcherza owrzodzenie dość głębokie, a w ścianie pęcherza ropień, który otworzył się do pęcherza. Pęcherz wycięto po podwiązaniu art. cysticae, gdy okazało się, że wszystkie drogi zółciowe są wolne od kamieni. Zondować nie można było, gdyż przewód pęcherzowy okazał się zarośniętym. Podczas całej manipulacyi nie pokazywała się ani kropla żółci. Przy oddzielaniu pęcherza pokazało się, że jest on mocno do wątroby przyrośnięty, tak że razem z nim trzeba było wyciąć dość znaczną warstwę wątroby. Ranę wątroby złączono za pomocą szwu strunowego. Do jamy brzusznej wprowadzono paski z muślinu jodoformowego, a resztę rany zaszyto szwem 3-piętrowym. Nazajutrz po operacyi chora ma się dobrze, ciepłota prawidłowa, tętno dobre. 5-go dnia po operacyi ciepłota podniosła się do 38,6, a następnego dnia do 39,8. Stwierdzono w dolnym płacie prawego płuca objawy zapalenia płuc. W ranie pooperacyjnej nic nieprawidłowego. Po kilku dniach ciepłota opadła, zapalenie płuc znikło. 9-go dnia usunięto szwy, rychłozrost. Dalszy przebieg normalny (pokaz chorej i preparatu).

Drugi przypadek dotyczy 40-letniej chorej, która przybyła do szpitala, skarżąc się na ogólne osłabienie, na bóle w dołku podsercowym i z prawej strony brzucha. Napady takich bólów miewa już od kilku lat i zawsze z wymiotami żółciowymi. Ostatni napad wystąpił przed 8 tygodniami, chora miała dreszcze, gorączkę i żółtaczkę. Chora wątła, bardzo wyniszczona, z wybitną żółtaczką i obrzękiem naokoło kostek dolnych kończyn. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Wątroba powiększona, bolesna, w dolnej części wyczuwa się guz bolesny, twardy. Ciepłota rano prawidłowa

wieczorem dochodzi do 39^{0}. Tętno słabe, przyspieszone. Mocz zawiera barwniki żółciowe, białka niema. Stolce już to odbarwione, już to zabarwione. Rozpoznano zapalenie pęcherza żółciowego, kamicę żółciową i zatkanie przewodu żółciowego wspólnego.

Operacya dnia 28 kwietnia pod chloroformem cięciem skośnem. Po otwarciu jamy brzusznej z jamy otrzewnej wylał się płyn surowiczy. Wątroba powiększona, pęcherz żółciowy mały o grubych ścianach, mocno zrośnięty z siecią i żołądkiem. Podczas oddzielenia zrostów przewodu żółciowego od żołądka przewód żółciowy pękł i wylał się płyn gęsty żółciowo-ropny, jak się później okazało, z miejsca pomiędzy pęcherzem i wątrobą. Ropień utworzył się prawdopodobnie wskutek pęknięcia ropnia w ścianie pęcherza, przylegającej do wątroby. Następnie K. przeciął pęcherz, wypełniony mnóstwem kamieni, które usunął, przeciął przewód pęcherzowy aż do przewodu żółciowego wspólnego i wątrobowego i usunął kamienie z przewodu wspólnego. Z przewodu wątrobowego wypływała czysta żółć. Pęcherz K. wyciął i wprowadził sączek do przewodu wątrobowego, przekonawszy się, że w drogach żółciowych kamieni już niema. Do jamy brzusznej wprowadzono paski gazy i ścianę brzuszną zaszyto. Stan chorej zaraz po operacyi był bardzo ciężki. Nazajutrz jednak chora miała się już dobrze, ciepłota 37, tętno 112, dobre, żółtaczka z każdym dniem zmniejszała się.

Trzeciego dnia po operacyi wystąpiło zapalenie gruczołu przyusznego, które po kilku dniach przeszło bez następstw. Po 8 dniach zmieniono po raz pierwszy opatrunek, a 11-go dnia usunięto sączek. Dalszy przebieg pomyślny i chora obecnie ma się zupełnie dobrze. (Pokaz preparatu).

Przypadek trzeci dotyczy 53-letniej chorej, która od 10 lat cierpi na kurcze żołądka, po za tem miewała się dobrze. Pięć miesięcy temu dostała bólu w okolicy wątroby, dreszcze wystąpiły dość silne, a po 3 dniach pokazała się żółtaczka, która dotychczas nie ustąpiła. W przeciągu tych 5 miesięcy miewała od czasu do czasu bóle silniejsze z wymiotami i dreszczami. Mocz zawsze żółtaczkowy, stolce odbarwione, niekiedy zabarwione, lecz słabo. W płucach i sercu nic nieprawidłowego. Wątroba powiększona, bolesna, gładka, pęcherz wyczuwa się w kształcie niedużego guzika, niebolesny. Okolica przewodu wspólnego i trzustki bolesna. Rozpoznanie: kamica zółciowa, zatkanie przewodu żółciowego wspólnego, zapalenie pęcherza żółciowego. Operacya dnia 3 maja. Zrosty bardzo silne, oddzielone zostały nożem. Pęcherz otworzono i usunięto mnóstwo kamieni. Przeciąwszy dalej pęcherz doszedł K. do przewodu wspólnego i usunął stamtąd 2 duże kamienie, następnie wyczuć można było kamień duży, który znajdował się w przewodzie po za dwunastnicą jakby wklinowany i dał się usunąć dopiero po oddzieleniu dwunastnicy na pewnej przestrzeni. Pęcherz skurczony o grubych ścianach K. usunął i wprowadził sączek do przewodu wątrobowego. Do jamy brzusznej wprowadzono gazę i ranę częściowo zaszyto. Chora zniosła operacyę b. dobrze. 9-go dnia usunięto sączek i jamę wytamponowano. Dalszy przebieg prawidłowy, chora ma się obecnie zupełnie dobrze. (Pokaz preparatu).

(Streśc. mówca)

Leśniowski podkreśla następujący szczegół w pokazie kol. Krauzego. Tenże wyciął pęcherz żółciowy w 3 przypadkach, które przedstawiają 3 główne typy kamieni dróg żółciowych, a zatem w przyp. kamieni w samym tylko pęcherzu o zarośniętym przewodzie pęcherzowym, w przypadku kamieni w pęcherzu o drożnym przewodzie pęcherzowym i wspólnym, i w przyp. kamieni w pęcherzu i jednocześnie w przewodzie wspólnym. Można-by stąd wnioskować, szczególniej wobec tego, że w trzecim przypadku ściany pęcherza nie uległy poważniejszym zmianom, że kol. Krauze jest zdecydowanym zwolennikiem wycinania pęcherza żółciowego w kamicy żółciowej. Czy pogląd ten jest słuszny? L. na podstawie piśmiennictwa oraz własnego doświadczenia jest odmiennego zapatrywania. Być może, w warunkach prawidłowych pęcherz żółciowy nie posiada dużej wartości fizyologicznej. Jest on natomiast dużej wartości w stanach chorobowych. Można do pewnego stopnia zgodzić się na wycięcie pęcherza w przypadkach, gdzie kamienie mieszczą się w samym tylko pęcherzu i przewód pęcherzowy jest zarośnięty. Trudno natomiast zgodzić się na bezwzględne wycinanie pęcherza tam, gdzie przewód pęcherzowy jest drożny, szczególniej zaś tam, gdzie jednocześnie kamień tkwi w przewodzie wspólnym. Tu nigdy nie wiemy w chwili operacyi, jakie będą dalsze losy chorego, czy nie wypadnie wykonać mu w następstwie drugiego, a być może i trzeciego zabiegu. Wówczas dla chorego nie będzie zupełnie obojętne, czy będziemy mogli wykonać mu ten lub inny zabieg na pęcherzu żółciowym, czy na przewodzie żółc. wspólnym. Dla tego też L. sądzi, że do wycięcia pęcherza w takich przypadkach musi istnieć rzeczywiste wskazanie, naprz. b. daleko posunięte zniszczenie ścian pęcherza. Pozostawienie pęcherza zazwyczaj szkody choremu nie przynosi; prawdopodobnie nawet dość daleko posunięte zmiany — są w stanie wyrównać się z biegiem czasu. Pozatem L. sądzi, że nawet tam, gdzie przewód pęcherzowy jest zarośnięty, ściany zaś pęcherza nie są b. zniszczone, należy próbować wytworzyć nowy przewód pęcherzowy. W pewnym przypadku L. wykonał taką plastykę, zdaje się — z pomyślnym wynikiem (pacyentka żyje, sprawdzić wyniku oględzinami L. dotychczas nie mógł).

(Streśc. mówca).

Oderfeld zaznacza, iż uwagi kol. L. w sprawie wycinania zasadniczego pęcherza żółciowego wydają mu się bardziej teoretycznej natury i były wysuwane, jako argument przeciw tej operacyi już wtedy, kiedy Langenbuch ogłosił ją na podstawie swego doświadczalnego i klinicznego materyału, jako nową operacyę. Nie ulega wątpliwości, że ten gienialny pomysł Langenbucha ogłoszonym przezeń został o parę lat za wcześnie, t. j. wówczas, kiedy chirurgia dróg żółciowych nie stała jeszcze na tej wysokości, co dziś, by módz ocenić należycie wszystkie dodatnie strony tej operacyi. Dopiero w miarę postępu chirurgii dróg zółciowych, wyrobienia jej techniki resp. ułatwienia sobie dostępu do głównych dróg żółciowych, w miarę rozszerzenia wskazań do zabiegu operacyjnego w przypadkach powikłanych i znacznego uszczuplenia wskazań w przypadkach zwykłej kamicy żółciowej, operacya Langenbucha uzyskała zupełne prawo obywatelstwa i dziś stosują ją prawie wszyscy wybitni chirurdzy dróg żółciowych, jak: Kehr, Körte, Riedel i inni.

Dwa względy grają tu rolę decydującą. Pierwszy, najważniejszy, że przekonano się, że w ogromnej większości przypadków kamienie żółciowe tworzą się w samym pęcherzu żółciowym i że pozostawienie tego narządu, który uległszy raz schorzeniu, nigdy do normy nie wraca i stale zawiera w sobie źródło zakażenia, będące powodem wytwarzania się kamieni, jest argumentem dość przekonywającym, aby uwolnić organizm od zbytecznego, a nieobojętnego w tych warunkach narządu.

Kamienie jak wiadomo tworzą się i w samej wątrobie i w drogach żółciowych, O. nie może jednak podzielać poglądu kol. L., że właśnie z tych względów należy ze stanowiska chirurgicznego liczyć się z pęcherzem i pozostawić go, by módz w razie ewentualnej potrzeby użyć go do anastomozy z jelitem (cholecysto-entero-stomia). Jeśli uprzytomnimy sobie problematyczną wartość tej ostatniej operacyi wogóle, to znaczyłoby wyrzec się dobrodziejstw operacyi Langenbucha, dla ewentualnej wtórnej operacyi, będącej, zdaniem O. podpisaniem wyroku śmierci na większą lub mniejszą odległość czasu. Nadto O. zaznacza, że jak to widać z ostatniej pracy Körtego, powtórna operacya na drogach żółciowych w przypadkach, w których poprzednio wyciętym został pęcherz, nie przedstawia tak wielkich technicznych trudności, żeby pęcherz stał się tak niezbędnym.

Drugim względem, przemawiającym za omawianą operacyą jest kwestya rakowatego zwyrodnienia ścian samego pęcherza żółciowego. Rozumie się, że wzgląd ten mieć może tylko znaczenie mniej doniosłe, gdyż odsetka tego rodzaju przypadków jest stosunkowo bardzo niewielka, u chirurgów jednak uprawiających operacye na drogach żółciowych na większą skalę, może poważnie zaważyć w ich statystyce. W swym skromnym materyale żółciowym posiada O. przypadek, w którym po usunięciu kamienia z przewodu żółciowego wspólnego i założeniu sączka do przewodu wątrobowego, O. usunął pęcherz żółciowy, pozornie niezmieniony, tymczasem znalazł niespodzianie w pęcherzu niewielki guzik rakowaty. Chora do dnia dzisiejszego cieszy się zupełnem zdrowiem.

Od lat czterech mniej więcej O. jest stanowczym zwolennikiem operacyi Langenbucha i usuwa zasadniczo pęcherz żółciowy. Wyjątek stanowią tylko te przypadki, w których kamienie znajdują się tylko w samym pęcherzu i ściany jego są tak mało zmienione, że można się odważyć i na cholecystendyzę. Takich przypadków miał O. tylko dwa. Są to przypadki kamicy nie powikłane, coraz rzadziej będące przedmiotem zabiegów chirurgicznych.

Nadto nie usuwa O. pęcherza w przypadkach, w których dostęp do dróg żółciowych jest łatwy z zupełnem pominięciem pęcherza i gdzie stan ogólny chorego nagli do najszybszego ukończenia operacyi.

Co do przypadków kol. Krauzego, to we wszystkich należało bezwarunkowo usunąć pęcherz, jak to, zresztą, kol. Krauze uczynił. O. wyraża zdziwienie odnośnie do pierwszego przypadku, w którym kol. K. wyciął słusznie pęcherz, a słówkiem nie wspomina o stanie głównych dróg żółciowych, t. j. czy były wolne od kamieni, co zawsze stanowi conditio sine qua non wycięcia pęcherza.

(Streścił mówca).

Leśniowski odpowiada kol. Oderfeldowi, że nie może być mowy o twierdzeniu bezwzględnem ani na korzyść wycinania pęcherza żółciowego, ani też zostawiania tegoż; należy ustalić o tyle o ile pewne wskazania zarówno do tego jak i owego postąpienia. W każdym bądź razie nie może być wskazaniem do stałego wycinania — obawa możliwości raka; tego rodzaju zmiany w ścianie pęcherza przytrafiają się w drobnej części wszystkich cierpień dróg żółciowych. To samo należy powiedzieć o nawrocie kamicy z powodu ponownego tworzenia się kamieni w pozostawionym pęcherzu żółciowym. Pod tym względem powołuje się L. na debaty, odbyte przed kilku laty w Karlsbadzie. Tam chirurdzy, rozporządzający b. dużemi liczbami, dowodzili, że bądź to wcale nie stwierdzali nawrotów kamieni w pęcherzu żółciowym, bądź to spostrzegali to wyjątkowo rzadko. L. raz jeszcze zaznacza, że dla chorego nie jest wszystko jedno, czy wykonamy mu bardziej, lub mniej niebezpieczny zabieg.

(Streścił mówca).

Krauze zaznacza, że nie jest bynamniej, tak jak kol. O., bezwzględnym zwolennikiem wycinania pęcherza żółciowego i robi to tylko w razie koniecznej potrzeby, w poglądzie zaś na sprawę powyższą zgadza się mniej więcej z kol. L. We wszystkich jednak 3 przypadkach, o których mówił, usunięcie pęcherza było bezwarunkowo wskazane wobec wybitnych zmian chorobowych, jakie w nim miały miejsce. Co do powstawania raków w pęcherzach o ścianach zgrubiałych, K. spostrzegał osobiście przypadek tego rodzaju: w pozostawionym po nacięciu pęcherzu o niezmienionej błonie śluzowej a tylko grubszych, niż zwykle ścianach, wytworzył się w 6 tygodni rak, który szybko przedostał się do powłok brzusznych.

3. ***Kryński*** przedstawił preparat raka galaretowatego kątnicy i omówił przypadek następujący:

U 19-letniego chłopca w parę miesięcy po przebytym durze brzusznym wystąpiły objawy niedrożności jelit. Znaleziono w okolicy kiszki ślepej guz wielkości pięści. Wycięcie kątnicy, zaszycie na głucho końców przeciętych kiszek i zespolenie boczne jelita biodrowego z częścią wstępującą okrężnicy.

Usunięty guz, biorący początek, według mniemania Dmochowskiego, z owrzodzenia tyfusowego, podobny był łudząco z wyglądu, spoistości i przekroju do chrzęstniaka Badanie drobnowidzowe wykazało jednak budowę raka galaretowatego (carcinoma gelatinosum). Przebieg pooperacyjny przez 4 pierwsze dni zupełnie dobry, po tym czasie wypróżnienia krwawe, obfita cuchnąca wydzielina z rany. W przebiegu powtórnej operacyi znaleziono zgorzel dolnego (zespolonego) odcinka jelita cienkiego na przestrzeni 40 ctm. Wycięcie zmartwiałego jelita, rzyć sztuczna, śmierć następnego dnia.

W celu wyjaśnienia przyczyny rozległej zgorzeli kiszki K. przypomina następujący szczegół: po podwiązaniu krezki zauważono na odciętym brzegu tej ostatniej od strony jelita cienkiego niezbyt głębokie wcięcie, ponieważ jednak wygląd jelita nie zmienił się, nie wycinano go dalej. Następnie K., powołując się na pracę doświadczalną Niedersteinera (z kliniki Sprengla) oraz badania własne, opisuje i wyjaśnia na rysunku układ naczyń krwionośnych krezkowych, wspominając, że naczynia tętnicze krezkowe na pewnej

niewielkiej odległości od przyczepu krezki do kiszki nie dają gałęzi zespalających, są to zatem t. zw. „Endarterien" Conheima. Tem się tłomaczy fakt, że odcięcie krezki tuż przy kiszce łatwiej prowadzi do zgorzeli tej ostatniej, niż nacięcie powyżej. W końcu K. przychodzi do wniosku, że prawdopodobną przyczyną zgorzeli kiszki było podwiązanie podczas zabiegu tętnicy krętniczo-okrężniczej (art. ileo-colicae).

Krauze zaznacza, że istnieją prócz pracy Niedersteinera i dawniejsze doświadczenia, tyczące się wspomnianych przez Kryńskiego szczegółów ukrwienia kiszek. K. streszcza pokrótce kilka spostrzeżeń, przeważnie ciężkich urazów brzucha, gdzie oględziny pośmiertne nie wykryły zgorzeli kiszki, pomimo oderwania krezki.

Sławiński sądzi, że tak rozległa zgorzel jelita, jaka miała miejsce w przypadku Kryńskiego, nie daje się objaśnić podwiązaniem wspomnianej art. ileocolicae. Przebieg cierpienia szczególniej zaś zaznaczona przez K. biegunka krwawa przemawiają raczej za zakrzepem tętnicy krezkowej górnej.

Leśniowskiemu również w pokazie kol. Kryńskiego najbardziej interesującem przedstawia się powikłanie pooperacyjne — zgorzel tak dużego odcinka jelita cienkiego, i mianowicie sposób powstania tego powikłania. Otóż, L. na podstawie tego, co mówił kol. K., szczególniej zaś, na podstawie rozwolnienia z wypróżnieniami krwawemi, na podstawie zjawienia się tych objawów nie natychmiast, lecz w 4 dni po zabiegu, wypowiada przypuszczenie, czy nie było tu winą nie cierpienie w tętnicy krezkowej, lecz przeciwnie w żyłach, mianowicie zakrzepy w tychże, jakie widuje się naprz. w przebiegu lub po operacyach przepuklin uwięzionych? L. zapytuje kol. K., czy nie zwrócił uwagi właśnie na stan układu żylnego w krezce?

(Streścił mówca).

Kryński, powołując się raz jeszcze na badania Niedersteinera wyjaśnia, iż niema różnicy wybitnej ani w objawach ani też skutkach od podwiązania, względnie zatkania zakrzepem bądź to tętniczego, bądź żylnego naczynia. Od niedrożności obu naczyń zgorzel jelita występuje szybciej, niż od podwiązania każdego z nich zosobna. Co się tyczy przypadku omawianego, to badanie pośmiertne zakrzepów w naczyniach krezkowych nie wykryło.

3. *Ciechomski* przedstawił chorego po operacyi bąblowca podwójnego, usadowionego w obu zrazach wątroby. Szczegóły przypadku tego są następujące:

M. S. lat 28 wieśniak, już przed rokiem w lutym 1908 r. zauważył w górnej części brzucha, zaraz pod lewym łukiem żebrowym, guz wielkości kasztana stopniowo powiększający się, zresztą nie sprawiający żadnych dolegliwości.

Po upływie kilku miesięcy, jesienią 1908 r., znalazł pod prawym łukiem żebrowym 2-gi guz w zupełności podobny do 1-go, nieco bolesny tylko przy mocniejszem uciskaniu.

Przez 4 lata służył w wojsku w Turkiestanie, tam prawie ciągle miewał zaburzenia kiszkowe jako to bóle i rozwolnienia, którym towarzyszył stale ból w brzuchu; biegunka ta bywała zazwyczaj w nocy, niekiedy było 10—15 wypróżnień z dęciem i niewielkiem krwawieniem.

Po powrocie do domu około Wielkiej Nocy dolegliwości kiszkowe ustały natychmiast, guz w podżebrzu lewem stale wzrastający i przeszkadzający w pracy zaczął niepokoić chorego; guz w podżebrzu prawem pomimo, że wzrastał równocześnie z 1-ym, jednak zbytnio nie dokuczał pacyentowi. W szpitalu Dzieciątka Jezus w d. 9/III 09 r. podczas badania chorego stwierdzono zmiany następujące:

Dobrze zbudowany i nieźle odżywiany; brzuch niewzdęty, miękki i niebolesny; pod lewym łukiem żebrowym wyczuwa się guz wielkości pomarańczy twardy, niebolesny; guz porusza się przy oddychaniu, w pozycyi stojącej opuszcza się ku dołowi, w leżącej chowa się częściowo pod łuk żebrowy. Pod prawym łukiem żebrowym znajduje się inny guz o cechach zbliżonych do poprzedniego, wszakże zarysy jego są mniej wyraźne, choć wydaje się większym, niż po stronie lewej.

W moczu brak zmian wybitniejszych, ciepłota nieco podwyższona do 37.5^0. Mając na względzie szczegóły powyższe a zwłaszcza kształt guza, jego umiescowienie, dość powolny wzrost i niewielką bolesność, rozpoznano bąblowca, usadowionego w zrazie lewym wątroby i spychającego ku dołowi zraz prawy.

W d. 10 marca r. b. w uśpieniu morfinowo-chloroformowem otworzono jamę brzuszną w smudze ponad pępkiem i natychmiast przekonano się, że guz półkulisty o powierzchni gładkiej, na dotyk elastyczny, wypukla się wyłącznie na dolnej powierzchni lewego zrazu wątroby, przez powłoki zaś brzuszne pod łukiem żebrowym lewym wyczuwał się nie sam guz, lecz rozciągnięty przezeń zraz wątroby. Zupełnie podobny, może nieco większy guz drugi wypukla się na dolnej powierzchni zraza prawego, tutaj grubsza niż z lewej strony warstwa miąższu wątroby dzieli guz od łuku żebrowego rp. powłok brzusznych. Oba guzy żadnej łączności ze sobą nie mają. Jakkolwiek guz 1-y znajdował się dość blizko, mimo to przystęp do niego przez ranę w smudze nie był dość łatwy.

Skoro więc stwierdzono charakter guza oraz postanowiono wyłączenie z jamy otrzewnej dolnej najwięcej dostępnej jego powierzchni, wówczas utrudniony ten przystęp stał się widoczny; należało zatem przeciąć poprzecznie powłoki brzuszne oraz lewy m. prosty brzucha w okolicy najbliższej guza; cięcie to ułatwiło oczywiście dokładne i szczelne wytamponowanie kanału rany w celu jak najszerszego odsłonięcia powierzchni guza.

Co się tyczy guza 2-go, wypuklającego się z dolnej powierzchni zrazu prawego zdala od jego brzegu dolnego, to przystęp tu od smugi był wielokroć trudniejszy, niż po stronie lewej. Wobec konieczności przecięcia i m. prostego prawego, a więc wielkiego obrażenia powłok brzusznych, wahano się nawet, czy nie zaniechać całkowicie drogi przez smugę, natomiast po zaszyciu cięcia tego wykonać dwa inne poprzeczne pod obu łukami żebrowymi, na podobieństwo cięcia Kochera w operacyi na drogach żółciowych.

Nie chcąc wszakże przedłużać operacyi, postanowiono iść dalej w obranym poprzednio kierunku; zatem przecięto powłoki brzuszne poprzecznie pod prawym łukiem żebrowym aż do linii pachowej, nadto wycięto część chrząstki 9 i 10-go żebra; chociaż mimo to wszystko przystęp

do guza był jeszcze utrudniony, wytamponowano kanał rany, przyczem szeroko odsłonięto guz na dolnej powierzchni zrazu prawego.

Mięsień prosty prawy jak również część smugi zeszyto; przez 2 pozostałe duże rozporki wypuszczono gazę na zewnątrz.

Przebieg pooperacyjny na razie był dość łagodny, po kilku dniach wszakże pacyent dostał zapalenia płuc prawostronnego jakby pochodzenia zawałowego, po tygodniu, gdy już można było przypuszczać dostateczne oklejenie się otrzewnej dookoła guzów, nacięto obie torby dość szeroko, wylała się z nich olbrzymia ilość płynu przezroczystego, w którym wszakże haczyków nie znaleziono; z obu jam dość łatwo wydobyto pęcherz macierzysty, poczem jamy szczelnie wytamponowano gazą.

Przebieg dalszy był już o wiele łagodniejszy, przedewszystkiem z uwagi na ułatwienie oddechania, na skutek zmniejszenia objętości wątroby; mimo to jednak doraźny zrost zeszytej części powłok brzusznych nie nastąpił prawdopodobnie z powodu częstego szarpania rany podczas kaszlu; po przerwaniu się reszty szwów, brzeg wątroby na dość znacznej przestrzeni wysunął się przez ranę na zewnątrz, nadomiar złego żółć obficie wydzielająca się z obu jam zżarła dużą powierzchnię skóry dokoła rany. Dzięki starannemu codziennemu opatrywaniu wątroba wkrótce wciągnęła się; po 5 tygodniach nastąpiło całkowite zagojenie się rany i co najważniejsza— mocna nowopowstała blizna dostatecznie zabezpieczyła powłoki brzuszne od zbyt wczesnego ich wypuklenia się.

Jakkolwiek przypadek powyższy skończył się pomyślnie, C. jednak zadaje sobie pytanie, czy w danym razie takie postępowanie operacyjne było najwięcej uzasadnione, czy też odpowiedniejsza była droga inna, może bliższa i lepsza.

Wyżej wspomniano, że C. miał nawet zamiar zaszyć ranę w smudze i atakować guzy za pomocą 2-ch cięć poprzecznych, gdy po otworzeniu otrzewnej przekonał się, że przystęp do guzów jest wielce utrudniony.

Metoda dwuczasowego postępowania w bąblowcu jest oddawna znana i po raz pierwszy była zastosowana przez Begina w r. 1830, a wskrzeszona później przez Volkmanna, czy jednak jest ona zarówno słuszna przy bąblowcach wypuklających się z górnej jak i z dolnej powierzchni wątroby? Jakie postępowanie uznać należy za najlepsze przy bąblowcu, wypuklającym się na dolnej powierzchni wątroby?

W celu lepszego roztrząśnięcia pytania powyższego należałoby rzucić okiem na rozwój leczenia operacyjnego bąblowca wątroby oraz pokrótce wspomnieć uprzednio o rozpoznawaniu cierpienia tego, wreszcie o niektórych rękoczynach, stosowanych w celu rozpoznawczym.

(Streścił mówca).

5. *Hincz* przedstawił 50-letniego mężczyznę z przykurczeniami palców obu rąk i powiedział co następuje: przed 10-ciu mniej więcej laty chory zauważył pod skórą dłoni lewej w miejscu, odpowiadającem główce 3-ciej kości śródręcza, niewielki, twardy, niebolesny guzik, który stopniowo powiększał się, przeważnie w kierunku podłużnym, zachodząc w postaci twardego pasma na palec średni. Wkrótce chory spostrzegł, iż palca tego

nie może wyprostować w tym stopniu, jak palce pozostałe. 2 lata mniej więcej temu takież guziki zjawiły się na lewej dłoni nad IV i V palcem, a nieco później nad takimiż palcami ręki prawej, wskutek czego 4 wspomniane palce zaczęły również przykurczać się. Od roku mniej więcej, jak mówi chory, sprawa nie postępuje naprzód. Pacyent jest kowalem, od 14-go roku życia pracuje w swym zawodzie, trzymając po całych dniach w jednej ręce młot, w drugiej obcęgi. Bólów chory nigdy nie uczuwał, zniekształcenie rąk, na pozór znaczne, nie przeszkadza mu dotychczas w pracy zawodowej.

Rozpoznanie w danym przypadku nie jest trudne: umiejscowienie sprawy, jej obustronność, powolny przebieg, obecność twardych pasem pod skórą, napinających się w czasie prób rozginania palców, brak przebytych spraw zapalnych, blizn w skórze i bólu pozwalają rozpoznać samoistne przykurczenia palców, noszące ogólnie przyjętą nazwę przykurczeń Dupuytrena, który jeszcze na początku zeszłego stulecia wyjaśnił, iż siedliskiem sprawy chorobowej jest nie skóra ani też ścięgna, jak początkowo sądzono, lecz powierzchowna powięź dłoniowa. Zbliznowacenie i kurczenie się tej ostatniej wywołuje przykurczenie palców, zrozumiałe z tego względu, iż wspomniana powięź nie pokrywa tylko dłoni, lecz daje przedłużenia na palce, łączące się z pochwami ścięgien.

Co do postępowania leczniczego w cierpieniach tego rodzaju -- najpewniej prowadzi do celu zabieg krwawy, polegający na możliwie dokładnem wycięciu zgrubień bliznowych powięzi dłoniowej. Ponieważ chory na operacyę nie zgadza się, w danym przypadku ma zamiar H. spróbować zastrzykiwań fibrolizyny.

6. *Gębarski* przedstawił chorego ze zwężeniem przełyku, leczonego fibrolizyną:

Chory w dniu 2 października r. z. wypił ze dwa kieliszki (z 50,0) stężonego ługu. Stan jego był b. ciężki: przez kilka dni wymiotował krwią i przez pierwsze 3 dni leżał zupełnie bezwładny. Połykanie nawet płynów było nader utrudnione; z każdym dniem chory chudł coraz więcej i czuł się coraz słabszym.

W 5 tygodni później chory przybył do oddziału chirurgicznego z objawami zwężenia przełyku, zwężenia, posuniętego do tego stopnia, że z trudnością mógł był przełykać płyny, przytem często zwracał je i za każdym łykiem uczuwał ból wzdłuż mostka. Wobec znacznego wychudnięcia i osłabienia choremu zaproponowano gastrostomię, na którą nie zgodził się i dlatego przepisano go do oddziału wewnętrznego d-ra Chełchowskiego; po zbadaniu chorego niezwłocznie przystąpiono do rozszerzania przełyku zgłębnikami kauczukowymi. Cienki zgłębnik № 19 dość łatwo przechodził aż do żołądka, grubszy № 22 zatrzymywał się na wysokości 36 cm., najmniejsza oliwka — na wysokości 31 cm. Taki stan bez najmniejszej zmiany trwał przez 5 tygodni pomimo regularnego rozszerzania. 22 grudnia przystąpiono do wstrzykiwań fibrolizyny, nie przerywając rozszerzań. Już po 4 wstrzyknięciach zauważono polepszenie: zgłębnik № 22 dosięgnął głębokości 40 cm. chory zaczął łatwiej przełykać pokarmy płynne, jako też

bułkę, rozmoczoną w mleku. Po 17 wstrzyknięciach zgłębnik № 22 a następnie nawet № 24 dosięgnął żołądka. Chory zaczął przełykać kaszkę gęstą na wodzie lub mleku i po trochu mięso siekane. Po 20 zastrzyknięciach zgłębnik № 29 przechodził do 42 cm. Ogólna poprawa chorego. Spożywać może mięso siekane, kaszę, kartofle, chleb, bułkę, gorzej—groch, kapustę.

W tym stanie chory przedstawiony był na ogólnem posiedzeniu w Tow. Lelarskiem w końcu czerwca. Od tej chwili przez miesiąc czasu nie wstrzykiwano choremu fibrolizyny, nie przestając jednak rozszerzań przełyku zgłębnikami. W tym czasie nie zauważono najmniejszej dalszej poprawy. Dopiero z chwilą, gdy ponownie zaczęto stosować zastrzykiwania fibrolizyny, chory po kilkunastu wstrzyknięciach doszedł do tak znacznej poprawy, że nieźle je wszystko, odzyskał dawną wagę ciała, pomimo, że pracuje ciężko.

(Streścił mówca).

7. *Stankiewicz Cz.* O cięciu brzusznem poprzecznem sposobem Pfannenstiela.

S. omawia zalety cięcia brzusznego poprzecznego. Cięcie to daje dostęp dobry do narządów miednicy małej, a przedstawia, jak wskazuje doświadczenie, w porównaniu z cięciem podłużnem zabieg dla operowanej znacznie lżejszy. Zależy to przedewszystkiem od mniejszego urazu, jakiemu tu podlegają jelita, pozostając, w położeniu Treudelenburga, dalej od pola operacyjnego. Po cięciu poprzecznem pozwalamy siadać i wstawać znacznie wcześniej, niż po cięciu podłużnem; działanie tłoczni brzusznej nie ma w tym razie wpływu ujemnego na stan blizny pooperacyjnej. Noszenie pasa brzusznego w następstwie jest zbyteczne.

Przepukliny występują po cięciu poprzecznem nader rzadko, u Pfannenstiela raz jeden na 198 operacyi, w statystyce Króniga 4 razy na 127 przypadków, co daje 3%. Jeśli ten wynik zestawimy z liczbami, podanemi przez Abla co do cięcia podłużnego (6% przepuklin po prima intentio, 45% po ropieniach powierzchownych, 81% po ropieniach dochodzących do powięzi), musimy stwierdzić olbrzymią przewagę na korzyść cięcia poprzecznego.

Względy kosmetyczne przemawiają również za cięciem poprzecznem: blizna ukrywa się w fałdach skóry, a w przypadkach obfitego owłosienia niekiedy całkowicie pozostaje przykryta włosami.

Statystyka S. za rok ostatni obejmuje 36 przypadków cięcia brzusznego poprzecznego ze wskazań rozmaitych, a mianowicie: 27 razy operowano z powodu spraw zapalnych w przydatkach macicznych i otrzewnej miednicznej; 3 razy wykonano panhysterektomię z powodu obustronnego ropniaka jajowodowego (pyosalpinx); trzykrotnie usunięto mięśniaki maciczne (w tem dwa razy amputacya nadpochwowa, raz całkowite wycięcie macicy), wreszcie 3 razy wykonano operacyę Pryora, dwukrotnie usunięto przydatki maciczne. W sześciu przypadkach usunięto ponadto wyrostek robaczkowy.

Zdaniem S., cięcie Pfannenstiela zasługuje na rozpowszechnienie, gdyż w całym szeregu odpowiednich przypadków może zastąpić, z korzyścią dla dla operowanej, cięcie podłużne.

Stankiewicz Cz. przedstawia pacyentkę, u której wykonał przeszczepienie jajnika. Przypadek dotyczy kobiety 29-letniej, dotkniętej obustronnem zapaleniem przydatków macicznych, u której przydatki te usunięto drogą cięcia brzusznego poprzecznego. Aby zapobiedz objawom niedomogi jajnikowej (z ubytku jajników), S. przeszczepił część jajnika, makroskopowo najmniej zmienioną, pod skórę ściany brzusznej w okolicy pępka. Jajnik wyczuwa się tu w postaci guzka, nieco wrażliwego na ucisk wielkości małego orzecha laskowego.

S. przytacza odnośne dane z piśmiennictwa, między innemi spostrzeżenie Pankowa, który w przeszczepionym jajniku znalazł po kilku latach pęcherzyki Graafa i ciało żółte; wreszcie omawia podział przeszczepienia na autoplastyczne, jak w danym przypadku, homoplastyczne (przeszczepienie jajnika, wziętego od innej kobiety) i heteroplastyczne (przeszczepienie jajników zwierzęcych, np. małpy wyższego gatunku).

(Streścił mówca).

P. HINCZ.

POSIEDZENIA GINEKOLOGICZNE.

Posiedzenie dnia 26 marca 1909 r.

Neugebauer do rozpraw o wycinaniu macicy dodaje kilka uwag historycznych:

Wrisberg oraz Monteggia pierwsi poruszyli myśl wycinania macicy zrakowaciałej już w roku 1787. Marshall pierwszy już w roku 1783 dokonał wycięcia pochwowego macicy wypadniętej. Langenbeck starszy pierwszy w roku 1813 wyciął macicę zrakowaciałą drogą pochwową, mianowicie u 58-letniej kobiety, która przeżyła operacyę lat 26 i zmarła w roku 1839 w wieku lat 84. Operacyę opisał syn jego w rozprawie swojej doktorskiej w roku 1842. Zabieg polegał na zewnątrzotrzewnem wyłuszczeniu ciała macicy, bez naruszenia całości otrzewnej, a zatem pozostawiono na miejscu jajowody, oraz jajniki. Sauter (1822 r.) pierwszy wyciął przez pochwę macicę w całości, otwierając jamę brzuszną, tak samo r. 1829 Recamier sposobem cokolwiek ulepszonym. Delpech 1830 r zapropował połączenie postępowania dołem i górą. W roku 1825 Langenbeck starszy pierwszy wyciął zrakowaciałą macicę drogą cięcia brzusznego: chora wkrótce zmarła. Elijasz von Siebold, wspominając w roku 1826 o tej operacyi, do owego czasu przez Langenbecka w druku nie opisanej, przypomina, że już w roku 1814 uczeń jego Gutberlet w obszernej pracy podał pomysł własny wycięcia zrakowaciałej macicy przez cięcie brzuszne i dla ułatwienia wykonania wymyślił osobny przyrząd, unośnik pochwowy na długiej rączce, na górnym końcu którego znajduje się rodzaj pessarium en bilboquet na trzech nóżkach dla uniesienia macicy ku górze. Na górnej powierzchni obrączki tego pessarium znajduje się rynienka, przeznaczona na to, aby po otwarciu jamy brzusznej przeciąć sklepienia pochwowe tak, żeby owa rynienka wskazy-

wała operatorowi drogę właściwą, gdzie ma krajać. Neugebauer podług rysunku kazał sobie przyrząd ten zrobić w roku 1894 i pokazuje go dziś wraz z rysunkiem oryginalnym Gutberleta. Przyrząd ten może znaleźć doskonałe zastosowanie i w operacyi Doyena dla wycięcia całkowitego macicy włókniakowej.

R. 1802 oraz 1808 Osiander wystąpił z dwiema propozycyami co do wycięcia macicy zrakowaciałej drogą górną, zresztą przez niego nie wykonanemi. Otóż Gutberlet po przeczytaniu tych propozycyi, jego zdaniem niefortunnych, ogłosił w r. 1814 swój własny projekt w I tomie „Journal fuer Geburtshuelfe, Frauen und Kinderkranheiten“, wydanym przez Elijasza von Siebolda (str. 228—243).

Opis ten zasługuje na uwagę nie tylko ze względu na śmiałość, jak na owe czasy, samego projektu, lecz i na inne szczegóły: poraz pierwszy spotykamy radę ułatwić operacyę przez uniesienie miednicy ku górze, aby pętle kiszek, opadając na wątrobę, nie przeszkadzały na polu operacyjnem— myśl, na której opiera się późniejsze położenie Trendelenburga, sposób ochrony kiszek przez ręce operatora, sposób przecinania sklepień pochwowych dla wykrojenia szyi macicznej, sposób tamowania krwawienia, nareszcie włożenie sączka brzuszno-pochwowego, rada, aby sączka nie ruszać przed upływem kilku dni i dopiero wyciągnąć go, gdy okaże się swobodnie ruchomym i t. d. Dalej Neugebauer pokazuje rysunek przyrządu Rosnera, wymyślonego dla ułatwienia operacyi sposobem Doyena: kleszczyki i kulka metalowa, przyszywana do tylnej wargi ust macicznych, aby wskazać drogę operatorowi, gdzie ma naciąć dno zatoki Douglasa.

Również pokazuje N. rysunek w tymże celu bardzo pomysłowo zbudowanego przyrządu Dembowskiego z Wilna, rysunek unośnika Pawła Munde w Nowym Jorku, rodzaj pessarium kształtu kubka, osadzonego na długim trzonku, którego górny koniec, przebijając dno kubka, sterczy u góry w długości kilku centymetrów. Wolny koniec ten wdrąża do kanału szyi macicznej, część pochwowa leży w próżni kubka. Nareszcie N. wspomina o podobnych unośnikach pochwowych Stone'a, Chrobaka. Wszystkie te narzędzia dążą do tego samego celu — ułatwienia wykrojenia szyi macicznej od strony jamy brzusznej i mogą znaleźć odpowiednie zastosowanie w operacyi Doyena, która, zdaniem Neugebauera, bardzo dobrze nadaje się dla wielu przypadków myomatoseos uteri, lecz bynajmniej nie dla wszystkich. (Streszczenie własne Neugebauera).

Monsiorski, przypominając, że w rozprawie o ciąży zamacicznej zdania były podzielone w sprawie postępowania leczniczego, przedstawił preparat jajowodu ciężarnego, który, jego zdaniem, nadawał się do wyprowadzenia pewnych wniosków. Objawy ciąży zamacicznej wystąpiły u chorej przed 4 miesiącami, ale wówczas chora nie decydowała się na operacyę; wytworzył się krwiak, sięgający powyżej pępka. Obecnie krwiak wessał się niemal zupełnie, pozostał wszakże guz, wielkości dużej pomarańczy, który sprawiał chorej ciągłe bóle i krwawienia. Zmuszona ciężko pracować, chora zdecydowała się wreszcie na zabieg. Jajowód uwolniono z licznych zrostów i usunięto. Na preparacie widać, że jajowód ma wygląd taki sam, jaki widujemy na początku ciąży zamacicznej; zmianom w ciągu 4 miesięcy, przy-

najmniej makroskopowo, nie uległ żadnym. Fakt ten zdawałby się przemawiać za postępowaniem doszczętnem, uznawanem w całej rozciągłości przez Karczewskiego i Stankiewicza, mianowicie, że ciążę zamaciczną w każdym okresie należy bezwarunkowo operować. Monsiorski sądzi, że każdy preparat z późniejszych okresów ciąży byłby pożądaną ilustracyą dla ostatecznego ustalenia wskazań leczniczych.

W sprawie techniki operacyjnej M. zaznacza, że po usunięciu licznych zrostów jama Douglasa miała tak liczne powierzchnie pozbawione otrzewnej, że w obawie o zrosty kiszkowe przeprowadził sączek przez pochwę.

Karczewski, wychodząc z założenia, że nigdy naprzód nie można przewidzieć, jaki obrót ciąża pozamaciczna przybierze w dalszym swym przebiegu, mniema, że lekarz, wezwany do przypadku ciąży zamacicznej, zawsze powinien doradzać operacyę. Nie zaprzeczając możliwości samowyleczenia, K. sądzi, że jedynie tylko operacya może napewno zabezpieczyć chorą od groźnych częstokroć następstw.

Sączkowanie po zabiegu operacyjnym K. uznaje za zbyteczne, z wyjątkiem, naturalnie, przypadków, w których nastąpiło zropienie. Spostrzegane w ciąży pozamacicznej pozostałości wylewów krwawych, w postaci czarnawych strzępów, przyklejonych do trzew, nie powinny skłaniać do sączkowania. Często dają się one usunąć bez trudności, zresztą pozostawienie tych strzępów zazwyczaj nie przynosi szkody.

Zaborowski w sprawie zamykania na głucho lub sączkowania jamy brzusznej po ciąży zamacicznej jest zdania, że w przypadkach, w których chora gorączkuje, a C^0 przekroczyła pewien stopień, sączkowanie albo worek Mikulicza zapewniają chorej większe bezpieczeństwo.

Zaborowskiemu odpowiada Karczewski, że podniesienie ciepłoty w ciąży zamacicznej bynajmniej nie rozstrzyga sprawy sączkowania, ponieważ samo wchłanianie się krwi, wylanej do jamy brzusznej, może sprowadzić podniesienie ciepłoty.

W rozprawach nad odczytem Lorentowicza najpierw zabrał głos Monsiorski i zaznaczył, że wskazania do skrobania macicy nie są dość wyraźnie w odczycie określone, a w ograniczaniu wskazań autor doszedł za daleko. Zdaniem M. istnieją trzy poważne wskazania do skrobania macicy: z tych dwa są ogólnie uznane, trzecie jest wynikiem osobistego doświadczenia M. i będzie stanowiło treść osobnego artykułu w przyszłości.

Pierwszem wskazaniem jest obecność resztek jaja płodowego po poronieniu lub też występowanie po poronieniu jednego z kardynalnych objawów chorób ginekologicznych — bólu, upławów, albo krwawień — bądź zosobna, bądź w różnych wzajemnych połączeniach.

Drugie wskazanie stanowią wszelkie krwawienia maciczne, w których badanie dwuręczne nie stwierdza wyraźnej przyczyny krwawień ani ze strony przydatków, ani ze strony macicy. Skrobanie jest wtedy środkiem albo rozpoznawczym, albo też i rozpoznawczym i leczniczym.

Trzeciem wreszcie wskazaniem do skrobania macicy jest niepłodność kobiet. M. przekonał się, że wszelkie środki, zmierzające do usunięcia istniejącego współrzędnie zwężenia kanału szyi macicznej i wyprostowania nad-

miernego przodozgięcia macicy, a nieuwzględniające jednocześnie przerostu śluzówki — nie prowadzą do celu. Niemal w 99% M. otrzymywał skrobiąc w tych przypadkach ogromne ilości przerośniętej śluzówki. Skrobanie łączy M. ze stomatoplastyką macicy według własnej modyfikacyi sposobu Pozziego, opisanej na jednem z posiedzeń sekcyi ginekologicznej, oraz z sączkowaniem macicy. Sączek wyprostowuje nadmierne przodozgięcie macicy i sprzyja lepszemu odżywianiu się tkanki na miejscu zgięcia: w tem miejscu przednia ściana bywa, jak wiadomo, nadmiernie cienka. Praktyczne wyniki M. otrzymał b. dobre, dla tego radzi uznać czasowo i to trzecie wskazanie do skrobania w nadziei, że pomyślne wyniki skłonią ogół do ostatecznego ustalenia tego wskazania.

Przerost śluzówki M. tłomaczy bądź przez endometritis virginalis, lub nawet infantilis.

O przyczynach tych zapaleń M. nie uważał za stosowne w rozprawach obszerniej mówić.

Zdaniem Stankiewicza upławy same przez się nigdy nie stanowią wskazania do skrobania macicy. W pewnych przypadkach włókniaków macicy uważa Stankiewicz skrobanie za dopuszczalne—byleby zostało dokonane w sposób bezwzględnie czysty.

Wobec rzeżączki o stosowaniu skrobania macicy mowy być nie może.

Karczewski za zasługę poczytuje Lorentowiczowi, że podjął on sprawę skrobania macicy, które niewątpliwie bywa nadużywane w praktyce, jako zabieg rzekomo łatwy, bezpieczny i skuteczny. Zdaniem K., łatwość i bezpieczeństwo skrobania są względne, skuteczność często bywa problematyczna. K. oddawna zaniechał skrobania macicy we wszystkich tych przypadkach, w których głównym objawem schorzenia organów płciowych są upławy. Nie mniej przeto zaprzeczyć nie można, że skrobanie, dokonane w warunkach odpowiednich, jest dzielnym środkiem leczniczym. K. zarzuca Lorentowiczowi, że nie wyszczególnił on dokładnie tych spraw chorobowych, w których skrobanie może być dokonywane z pożytkiem dla chorej, czy to jako zabieg, doszczętnie leczący chorobę, czy też jako środek paljatywny (np. w razie mięśniaków macicy). Lorentowicz, zdaniem K., w przemówieniu swem głównie zajął się rozważeniem tych warunków, w których skrobanie nie daje wyników pomyślnych, a więc wyjaśnił raczej przeciwwskazania, nie zaś wskazania do skrobania macicy.

Thieme wypowiedział następujące:

Lorentowicz w odczycie, bardzo starannie opracowanym, usiłuje na mocy histologicznych badań Hitschmana - Adlera nad śluzówką macicy w okresie przed - i po - miesiączkowym, ograniczyć wskazania do skrobania macicy, stosowanego przez lekarzy w chronicznych sprawach zapalnych wnętrza macicy. Jakkolwiek te badania i z tych badań postawione wnioski są wartościowe i powinny być w praktyce przez lekarzy uwzględniane, to jednak przyznać trzeba, że u wielu chorych zdarza się spostrzegać wyraźne objawy endometritidis, bez zajęcia sprawą chorobową przydatków lub wykazania innęj przyczyny krwotoków macicznych i że w tych przypadkach wykonane skrobanie macicy często prowadzi do zupełnego usunięcia krwotoków lub też do długotrwającej pod tym względem poprawy.

Dokładne mikroskopowe badanie otrzymanych wyskrobin wykazuje bądź to polipowate narosty, na błonie śluzowej rozwinięte (Endometritis poliposa, fungosa, granulosa), bądź to kawałki mocno zgrubiałej śluzówki (Endometritis hypertrophica, hyperplastica), nieraz z b. rozrosłą warstwą gruczołową (endometritis glandularis, adenomatosa). Nadto nadmienić należy, że wnioski, jakie wyprowadzają ze swych badań Hitschman-Adler, a mianowicie, że krwotoki maciczne pochodzą tylko od zaburzeń w czynności jajników, nie zaś od zmian w endometrium — uległy w ostatnich czasach naukowej krytyce pod względem mikroskopowym przez histologów Hartje, Hans-Albrechta i Weishaupta, a pod względem klinicznym i zarazem mikroskopowym przez Schicka w pracy „Zur Kritik der Lehre von der Endometritis" ogłoszonej w Gynakolog. Rundschau 1908 r. № 2 i przez R. Freunda w pracy „Praktische Folgerungen aus der modernen Lehre der Endometritis", odczytanej w Halli w stowarzyszeniu niemieckich ginekologów w d. 17 stycznia r. b. Wreszcie cały odczyt Lorentowicza Thieme uważa w ogóle za bardzo wartościowy przyczynek do wskazań skrobania macicy.

Zaborowski zna dwa tylko bezwzględne wskazania do użycia łyżeczki: resztki jaja płodowego, pozostałe po poronieniu lub po porodzie, i łyżeczkowanie w celach rozpoznawczych, kiedy chodzi o dokładne zbadanie wnętrza macicy, poddanie tkanek badaniu drobnowidz., określenie przyczyn krwawienia i t. p.

Łyżeczkowanie, przedsiębrane w celach rozpoznawczych, może w pewnych warunkach stać się zarazem zabiegiem leczącym doszczętnie, jeżeli uda nam się usunąć tkanki zmienione chorobowo i dające objawy niepożądane. Np., jak to zauważył Thieme, rozszerzywszy ujście i uprzystępniwszy jamę macicy, usunąć możemy polip, o którego istnieniu dowiadujemy się dopiero podczas zabiegu. Zaborowski godzi się w zupełności z Monsiorskim, przypisującym łyżeczkowaniu dodatni wpływ w pewnych przypadkach niepłodności. Z. sądzi, że usunięcie zmienionej śluzówki, na miejsce której, przy odpowiedniem leczeniu, narasta nowa, zdrowa a zarazem rozszerzenie ujścia i zapewniony odpływ wydzielin, mogą sprzyjać łatwiejszemu zapłodnieniu.

Cykowski uważa odczyt Lorentowicza za naukowy protest przeciwko nadużywaniu wyskrobywania macicy, jakie tak często stwierdzić się daje. W zupełności też podziela C. żądanie L a, dotyczące ograniczenia wskazań do skrobania macicy. Jeśli omawianego zabiegu dokonywać będziemy wyłącznie na mocy wskazań ścisłych, zapobiegniemy bezskutecznemu stosowaniu wyskrobywania macicy, jakie np. miało miejsce w pewnym, wysoce charakterystycznym przypadku, znanym C-u.

Do mówcy zgłosiła się chora M., ze skargami na bardzo częste i b. długotrwałe peryody. Chora podała, iż z powodu wspomnianych nieprawidłowych peryodów dokonano u niej wyskrobania macicy. Atoli zabieg chybił celu, krwawienia pozostały podawnemu. Wówczas opiekujący się chorą lekarz dokonał 30 wstrzykiwań do jamy macicy modo Grammaticati. Lecz i ta metoda leczenia zawiodła. Wówczas dokonano chorej jeszcze raz wyskrobania macicy, które i tym razem nadmiernych krwawień nie

usunęło. Badając chorą, C. stwierdził pomiędzy innemi istnienie w okolicy prawych przydatków guza, wielkości dużej pięści, kształtu owalno-okrągłego, miękkiego, ograniczenie ruchomego.

C. przyszedł do wniosku, iż ma do czynienia najprawdopodobniej z torbielą jajnika prawostronną, ułożoną międzywięzadłowo i wyraził przypuszczenie, że ów właśnie guz powoduje wspomniane, niemal ustawiczne, krwawienia z macicy. Z tego powodu zaproponował chorej operacyę usunięcia guza. C. dokonał operacyi, przyczem okazało się, iż guz przedstawiał torbiel prawego jajnika, ze skręconą szypułą. Od czasu operacyi ustały wszelkie nieprawidłowości w miesiączkowaniu. Jeszcze w sprawie odczytu Lorentowicza, C. uważa za nader ważne podkreślenie przez Lor. upośledzenia czynności mięśnia macicy, w połączeniu z jego przekrwieniem, wskutek metritis chronica, jako etyologii nieprawidłowych krwawień miesiączkowych i krwotoków z macicy. Punkt ten posiada doniosłe znaczenie praktyczne odnośnie choćby uzasadnionego traktowania sprawy połogu. Jeśli przypomnimy sobie, iż złe zwinięcie się macicy połogowej (subinvolutio uteri) stanowi najczęstszą i najważniejszą przyczynę zapalenia przewłocznego macicy, to tem staranniej przestrzegać będziemy prawidłowego zwijania się macicy po porodzie przez odpowiednie stosowanie sporyszu, odpowiednie układanie chorej, częste opróżnianie pęcherza moczowego i t. p.

Ryłko nie odmawiałby tak kategorycznie pewnego znaczenia zachowaniu się błony śluzowej macicy. Mówca miał możność w ciągu lat 1897—1903 badania licznych wyskrobin chorych, będących w Warszawskim Zakładzie Ginekologicznym, i mógł jednak zauważyć, że w tych przypadkach, gdzie obraz mikroskopowy przedstawiał się, jako t. zw. endometritis glandularis — skrobanie w wielu razach dawało wynik dodatni, w razach zaś t. zw. endometritis interstitialis — krwawienia po skrobaniu stosunkowo często i dość szybko powracały, czyli, u pewnej kategoryi chorych krwawienia możnaby przypisać zmianom właśnie błony śluzowej.

Zweigbaum zaznaczył następujące. Wśród wskazań do wyskrobania macicy Monsiorski na pierwszem miejscu wymienił niepłodność. Zw. chciałby wiedzieć, czy M. wskazanie to opiera na zmianach anatomo-patologicznych błony śluzowej macicy, prowadzących do niepłodności, czy też opiera tylko na wnioskowaniu post hoc, z doświadczenia, że nieraz już otrzymywano zajście w ciążę po wyskrobaniu, pomimo że nie znajdowano zmian żadnych na błonie śluzowej macicy. Jest to, zdaniem Zw-a, sprawa ważna, chociażby ze względu na możliwość nadużywania łyżeczki, gdyby, opierając się li tylko na tem doświadczeniu, chciano ją zastosować w każdym przypadku niepłodności, bez zwracania uwagi na jej etylogię.

W odpowiedzi Karczewskiemu, Monsiorski zaznacza, że istotnie skrobanie usuwa czasem niektóre objawy we włókniakach macicy i w metritis chronica: sam jednakże nie stosuje nigdy w tych razach rozmyślnie tego zabiegu. We włókniakach M. nie chce narazić się na wywołanie bądź obumarcia, bądź zakażenia włókniaka; w metritis M. uważa zasadniczo skrobanie za niewystarczające i w tych razach, o ile środki rezorbcyjne zawodzą, należy uciec się do skrobania w połąceniu z odcięciem szyi macicznej.

Lorentowicz w odpowiedzi na postawiony mu zarzut, że nie podał w swoim odczycie dokładnych wskazań do skrobania macicy, zwraca uwagę, że wyznaczył pracy swej ograniczony zakres, mianowicie pragnął rzucić nieco światła krytycznego na dwa wskazania do skrobania macicy, mianowicie upławy i nieprawidłowe krwawienia miesiączkowe, o ile uważane są za objawy przewlekłego nieżytu śluzówki macicy.

Zakresowi temu pozostał wierny aż do końca. I dlatego nie omawiał wszystkich tych przypadków rozlicznych cierpień narządów kobiecych, w których skrobanie może przynieść korzyść doraźną lub istotną. Stanowić one mogą przedmiot oddzielnej pracy. Celem przemówienia było zaprotestowanie przeciwko bezkrytycznemu stosowaniu skrobania na podstawie obecności w mowie będących objawów, bez zwracania uwagi na to, że schorzenie nieżytowe śluzówki może posiadać i posiada najczęściej charakter wtórny, że skierowanie zabiegów leczniczych li tylko do śluzówki, bez uwzględnienia zasadniczego cierpienia, musi dawać wyniki ujemne. W tych zaś przypadkach, nb. bardzo nielicznych, gdzie po dokładnem zbadaniu miąższu macicy i przydatków i nieznalezieniu w nich zmian żadnych, — mamy prawo przypuszczać, że właśnie śluzówka macicy jest pierwotnem lub głównem siedliskiem choroby (hyperplasia mucosae, polyposis mucosae), wtedy skrobanie macicy ma racyę bytu. I dlatego Lorentowicz w końcowym postulacie nie mówi o zupełnem zaniechaniu skrobania w stanach objętych mianem endometritis chronica, lecz o znacznem ograniczeniu stosowania tego zabiegu.

ST. CYKOWSKI.

Posiedzenie dnia 30 kwietnia 1909 r.

J. Jaworski najsamprzód przedstawił osobę 47-io letnią, która urodziła 3 razy, ostatni poród przed 25-ciu laty trwał dwie doby i ukończony został ciężką operacyą kleszczową. Przed 10-iu laty chora przebyła przymiot, nabyty od męża i przeszła leczenie specyficzne. Miesiączka typu 7/IV. Mniej więcej przed 1½ rokiem poczęła uczuwać ból podczas spółkowania, co pewien czas pojawiały się odchody barwy różowej, które leczone były przez czas dłuższy lapisowaniem.

Chora zgłosiła się przed paru tygodniami do mówcy, który stwierdził u niej istnienie na bocznej ścianie pochwy, z lewej strony, w środkowej części, nieco więcej ku przodowi, guzowatość kalafiorowatą, kolistą, mającą w średnicy parę ctm. Guzowatość na szerokiej szypule sterczy do pochwy, przewężając w miejscu tem jej kanał. Powierzchnia i brzegi jej dosyć równe i prawie gładkie, kilkakrotnie dotykany guz nieco krwawi, spoistość dosyć miękka, na brzegach jakby soczysta. Od przodu guzowatości w ścianie pochwy—uchyłek w błonie śluzowej, dosyś głęboki. Brzeg wewnętrzny guzowatości prawie dotyka części pochwowej macicy. Macica mała, ruchoma. Na części pochwowej z lewej strony nieznaczne wręby, nieduże blizny, zresztą powierzchnia po zatem gładka; przymacicza zupełnie wolne. Gruczołów wyczuć się nie daje. Pęcherz moczowy, prostnica, srom żadnych zmian

chorobowych nie przedstawiają. Wobec powyższego całozbioru objawów Jaworski rozpoznał w przypadku tym raka pierwotnego pochwy.

Z powodu rozpoznania tego mówca przypomina, iż cierpienie to bywa spotykane rzadko, ponieważ w pochwie prawidłowej niema elementów, z których najczęściej rozwija się ten nowotwór, mianowicie niema gruczołów. Rak pierwotny pochwy najprawdopodobniej rozwija się z nabłonka odsznurowującego się, lub z torbieli, powstałych z resztek przewodów Gartnera.

Herff opisał przypadek raka pierwotnego pochwy, który rozwinął się z resztek tych przewodów. Torbiele wzmiankowane zdarzają się również rzadko. Fr. Neugebauer na 20 tysięcy chorych stwierdził istnienie ich u 50 kobiet, co wynosi $\frac{1}{4}\%$.

Następnie Jaworski zastanawia się nad przyczynowością pierwotnych raków pochwy. Jest ona niewyjaśnioną.

Najczęściej wydarzają się te guzy między 30 — 40 rokiem życia, chociaż Breisky podaje opis pierwotnego raka pochwy u 9-letniego dziecka.

Z piśmiennictwa przytacza mówca trzy przypadki tego raka, gdzie powstanie jego można-by uzależnić od bodźca urazowego. Hegar operował dwa guzy rakowe, powstałe w tych miejscach, na które wywierał ucisk krążek Hodgego, leżący w pochwie i przyciskający ścianę pochwy do zstępujących ramion kości łonowych, Kallenbach wyciął guz rakowy z tylnego sklepienia u kobiety młodej. Miejsce powstania nowotworu odpowiadało także położeniu tylnej wypukłości krążka. Nareszcie Winckel widział raka pierwotnego pochwy u starej niewiasty, noszącej krążek Zwancka.

W przedstawionym przez Jaworskiego przypadku uderza umiejscowienie raka na bocznej ścianie pochwy, gdy rak pierwotny pochwy prawie zawsze powstaje na ścianie tylnej, w tylnem sklepieniu. Jeżeli w danym przypadku nie można stanowczo ustalić związku przyczynowego pomiędzy urazem a miejscem powstania raka, to w każdym razie wobec znaczniejszego uszkodzenia dawnego pochwy, na co wskazuje głęboki uchyłek w ścianie pochwy, przylegający bezpośrednio do nowotworu od przodu, istnienie związku takiego staje się bardzo prawdopodobnem.

Położenie nowotworu ułatwi jego usunięcie, a ścisłe umiejscowienie na ograniczonej przestrzeni pozwala stawiać po operacyi rokowanie pomyślne.

Powtóre *J. Jaworski* przedstawił ***rentgenogram pęcherza 27-letniej niewiasty z dużą podwójną szpilką od włosów.***

Osoba ta zgłosiła się do J. przed tygodniem, oświadczywszy, iż przed 3 tygodniami, pragnąc jakoby przekłuć wrzodziankę na przyrodzeniu, wprowadziła do cewki moczowej szpilkę podwójną od włosów, która niepostrzeżenie znikła. Z opowieści wnosić można, iż wkrótce wystąpiły objawy zapalenia cewki i pęcherza moczowego, które trwają. Badanie wykazuje, iż chora jest dziewicą z pewnym niedorozwojem zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych narządów płciowych. Wprowadzając zgłębnik metalowy do pęcherza i manewrując nim, łatwo natrafia się na ciało podługowate, dwuramienne, jakby unieruchomione, o dźwięku wyraźnie metalowym. Wszelkie usiłowania zmiany położenia ciała tego pozostają nieudanemi. Rentgenogram, zdjęty przez Judta, pokazuje istotnie obecność w pęcherzu szpilki podwójnej,

opartej (jakby wklinowanej) jednem ramieniem w ścianę pęcherza i kość łonową lewą, drugim — zaledwie dotykającem kości przeciwległej.

Wierzchołek szpilki, pochylając się znacznie na bok, sięga do kości biodrowej lewej. Po daremnych usiłowaniach — zarówno ze strony Jaworskiego, jak i Fr. Kijewskiego — wydobycia szpilki z pęcherza przez cewkę, przystąpił J. do otworzenia pęcherza od strony pochwy i dopiero tą drogą, również nie bez trudu, udało się nareszcie szpilkę wydobyć. Następnie pęcherz zaszyto.

Za momenty, utrudniające wydobycie szpilki tej z pęcherza, mówca uważa najsamprzód długie jej pozostawanie w pęcherzu, powtóre, ustawienie wyjątkowe, prawie nieruchome, wskutek wklinowania jednego ramienia w ściany pęcherza i oparcia się o kość, w końcu przeszkodą były same rozmiary szpilki (długość jej wynosi 9 ctm.)—-szczególniej duże, w stosunku do małej pojemności pęcherza u tej osoby.

W rozprawach Stankiewicz Czesław zapytuje Jaworskiego, w jaki sposób ma zamiar traktować będący w mowie przypadek raka pochwy?

W odpowiedzi Jaworski oświadcza, iż postanowił ograniczyć się wyłącznie do usunięcia samego guza.

Stankiewicz uważa taki sposób operowania za niewystarczający. Zdaniem St. należy w danym przypadku usunąć pochwę, macicę, przydatki macicy i gruczoły.

Pogląd Stankiewicza podziela i Lorentowicz.

Jaworski odpowiada *Stankiewiczowi*, że nie znajduje wskazania w tym przypadku do operacyi doszczętnej z wyłuszczeniem gruczołów, jak tego żąda przedmówca. Macica jest mała, zupełnie ruchoma. Zarówno część pochwowa, jak trzon są równe, gładkie.

Przymacicza i przydatki maciczne nie przedstawiaję zmian chorobowych. Gruczołów powiększonych ani w miednicy małej, ani w pachwinach wyczuć się nie daje. Ogólny stan zdrowia osoby tej jest dobry. Zresztą, operując na pochwie, nawet gdyby były gruczoły powiększone — rzecz naturalna, usunąć by ich nie można. Wypadałoby robić dwie operacye. J. nie znajduje słusznej zasady, aby pozbawiać w tym razie kobietę macicy i przydatków dla niedającego się faktycznie, realnie usprawiedliwić prawdopodobieństwa niebezpieczeństwa.

Z powodu wzmianki Stankiewicza o swoim przypadku, Jaworski oświadcza, że nie wypada ze stanowiska zarówno klinicznego, a szczególniej anatomo-patologicznego, utożsamiać wszystkich raków pochwy.

Rozpadający się wrzód rakowy, bujający, z wywiniętymi brzegami, spotykany pierwotnie w pochwie, ze względu na szerzenie się wymaga operacyi doszczętnej. Toż samo da się powiedzieć, gdy rak pierwotny pochwy szerzy się w postaci nacieku na większej przestrzeni wzdłuż i okrężnie tak, że zajmuje prawie całą długość i cały obwód pochwy i zamienia ją w przewód zacieśniony.

W tym jednak przypadku mamy obraz inny, mianowicie, guzowatość na nieznacznej, ściśle ograniczonej przestrzeni, wokoło której otaczające tkanki nie posiadają nawet zmienionej spoistości.

Stankiewicz Czesław przedstawia pacyentkę, u której wykonał nefropeksyę sposobem Kochera z powodu bólów, zależnych od nerki wędrującej prawej. Od operacyi minęło prawie 9 lat (17. V. 1900). Wynik jest doskonały; bóle ustały. S. zaleca stosowanie metody Kochera w przypadkach nerki wędrującej; metoda ta dawała mu zawsze wyniki dodatnie.

Z. *Endelman* i L. *Lorentowicz* przedstawili chorobowo zmienione nerki, pochodzące z donoszonego płodu.

Przebieg porodu nie przedstawiał żadnych nieprawidłowości. Tony serca płodu do końca porodu były wyraźnie słyszalne. Płód, płci żeńskiej, urodził się w położeniu główkowem, bez pomocy sztuki, w stanie pozornej śmierci, z której pomimo zastosowania odpowiednich zabiegów nie został ocucony. Brzuch dziecka był bardzo wzdęty. Przez cienkie powłoki brzuszne wyczuwały się dwa duże guzy, wypełniające jamę brzuszną. E. wykonał sekcyę i przekonał się, że guzy owe, każdy wielkości dużej męzkiej pięści, przedstawiają zwyrodniałe nerki. Lor. zbadał je mikroskopowo i znalazł w nich torbielowate wielokomorowe zwyrodnienie (cystadenoma multiloculare renis congenitale).

Etyologia powstawania powyższego zwyrodnienia jeszcze dotąd nie jest ustalona. Najprawdopodobniej polega ona na poważnem zakłóceniu równowagi we wzajemnem ustosunkowaniu się w okresie rozwojowym dwóch zasadniczyeh tkanek składowych nerki: nabłonka i tkanki łącznej. Dzięki zaś zaburzeniu elementy nabłonkowe, wchodzące w skład kanałów krętych, prostych, pętli Henlego, nabierają ogromnej przewagi i nie znajdując oporu ze strony podłoża, rozrastają się szybko i tworzą mniejsze lub większe torbiele, w danym przypadku nie większe od ziarnka prosa, dzięki czemu przekrój całej nerki ma wygląd gąbczasty. Torbiele te są wysłane jednowarstwowym nabłonkiem walcowatym, spłaszczonym, w niektórych jednak cząstkach widzimy na powierzchni ściany wielowarstwowe skupienie komórkowe. Tu i owdzie spotykają się zadatki przyszłych kłębków Malpigiusza, to znów pewne początki tworzenia się rurek moczowych.

Wertenstein zabrał głos w sprawie krwiaków po porodzie.

Krwiaki sromu i pochwy są rzadkiem powikłaniem porodu (1 : 4000), lecz przypadku krwiaka w dole kulszowo-odbytniczym (f. ischio-rectalis) mówca w piśmiennictwie nie znalazł.

Taki właśnie przypadek, przez W. spostrzegany, dotyczył kobiety 44-letniej, po raz 10-ty rodzącej i dotkniętej od wielu lat żylakami sromu i dolnych kończyn, mocno obrzmiewających, w przebiegu każdej ciąży i porodu. Wobec przeciągającego się porodu, wskutek ustawienia się główki w położeniu tylno-potylicowem i w obawie pęknięcia żylaków wargi sromnej większej prawej, nałożył W. kleszcze i wydobył niemi z łatwością żywe i dobrze rozwinięte dziecko. Utworzył się u chorej krwiak nie w wardze sromnej, lecz w pośladku lewym, zapełniając całą przestrzeń, zwaną jamą kulszowo-odbytniczą i wgłębiając lewą ścianę pochwy ku światłu tej ostatniej. Krwiak przecięto i jamę wytamponowano. Chora wyzdrowiała. Powyższy przypadek daje mówcy powód do zaznaczenia ważności żylaków w powstawaniu krwiaków i zastanowienia się nad układem żylnym warg sromnych większych i dołu kulszowo-odbytniczego, przyczem mówca wy-

raża przypuszczenie, że obfity rozwój naczyń obocznych i splotów żylnych w tych miejscach chroni od omawianego powikłania osoby, niejako doń usposobione i sprawia, że owe powikłanie jest na szczęście tak rzadkie. Jako ogólną zasadę leczenia stawia W. postępowanie zachowawcze.

Neugebauer pokazał kilka okazów oraz rysunków po operacyach, w ciąży pozamacicznej dokonanych.

Pierwszy przypadek dotyczy mężatki lat około 38, która raz jeden, 14 lat temu, urodziła pomyślnie dziecko, dziś żyjące, później 5 razy poroniła z przyczyn różnych. Od ostatniej ciąży minęło lat kilka. Dnia 5 kwietnia N. został wezwany do chorej, która się wiła jakby w bólach porodowych. Po 5-tygodniowem zatrzymaniu miesiączki obecnie od trzech tygodni krwawi umiarkowanie, dziś rano wystąpiły silne bóle brzucha, trwające nawet pomimo morfiny, podskórnie stosowaeej, lodu na brzuch, etc. Wygląd niedokrwisty, tętno i oddech przyspieszone. Przez tylne sklepienie wymacuje się opór wzmożony. Dwuręczne badanie od strony powłok brzusznych pozostaje bez wyniku z powodu silnego napięcia ściany brzusznej i bolesności, więc podrażnienia otrzewnej. N. wobec wywiadów i danych badania rozpoznał ciążę pozamaciczną, prawdopobnie abortus tubarius, tem bardziej, że w obecności jego o godz. 1-ej po południu nastąpiła zapaść z utratą przytomności. Wezwany na naradę Boryssowicz przyłączył się do rozpoznania. Dnia 6 kwietnia Neugebauer dokonał laparotomii. Po otwarciu jamy brzusznej wylało się niewiele tylko krwi wolnej, spostrzeżono guz torbielowaty, sterczący z dołu Douglasa i przewyższający macicę. Okazało się, że była to torbiel jajnika prawego, nieomal uwięziona w zatoce Douglasa: dno tej torbleli było przez N. wymacywane przed operacyą przez pochwę. Przypuszczał on wtedy, że chodzi o początek haematocelis retrouterinae: wylew krwi do zatoki Douglasa w początkującem krzepnięciu. Torbięl wydobyto i po podwiązaniu wraz z jajowodem prawym usunięto. Na lewej stronie znaleziono abortus tubarius ex ampulla. Jajo siedziało w odśrodkowym końcu lewego jajowodu: ujście zewnętrzne jajowodu sterczało tak, że wpuszczało koniec małego palca. Przed otworem jajowodu leżało kilka sporych skrzepów krwi. Usunięto przydatki całkowicie. Mąż chorej zastregł sobie wytrzebienie żony podczas operacyi. Jajnik prawy był stracony, jako zwyrodniały, lewy zawierał sporą torbiel, która prawdopodobnie była zarodkiem podobnego zwyrodnienia, jaką przedstawiał jajnik prawy. Przebieg pooperacyjny zupełnie gładki. Na uwagę zasługiwało zapytanie męża po trzech tygodniach, z jakiego powodu żona teraz po operacyi nie narzeka wcale na pęcherz moczowy, podczas gdy przez kilka lat z rzędu leczyła się niejednokrotnie na nerki, z powodu, że co chwila odczuwała potrzebę urynowania. Odpowiedź była bardzo prostą. Zaburzenia pęcherzowe dawniejsze zależały poprostu od ucisku, wywoływanego przez ową torbiel jajnika, a nie od choroby nerek. Obecnie, po usunięciu torbieli, dolegliwości pęcherzowe znikły.

Drugi przypadek dotyczy żony strażaka, 33-letniej, od lat 15 zamężnej, która urodziła troje dzieci pomyślnie, ostatnie 14 lat temu, nigdy nie poroniła. Po 6-tygodniowem zatrzymaniu miesiączki wystąpiły krwawienia stałe, różnej obfitości, już od pięciu tygodni trwające. Od czasu do czasu silne

bóle brucha dokuczały chorej, która uważała siebie za ciężarną. Do łóżka położyła się dopiero 3 kwietnia z powogu coraz to silniejszych bólów. Do szpitala zapisała się dnia 5 kwietnia. Tu rozpoznano lewostronną ciążę jajowodową wraz z wylewem krwi do jamy brzucha, prawdopodobnie abortus tubarius, a nie pęknięcie, ponieważ nie było zapaści nagłej. Dnia 8-go kwietnia cięcie brzucha. Wygarnięto przeszło dwie garści skrzepów krwi, wytamponowano z brzucha około litra krwi płynnej.

Znaleziono jajo, siedzące w dwóch trzecich odśrodkowych jajowodu, który na tej długości miał grubość serdelka: na jednym ze skrzepów krwi, przed otworem jajowodu, leżał około 7—8 tygodniowy płód, znajdujący się w początkującej kollikwacyi. Główka oderwała się od tułowia przy usunięciu płodu. Wraz z jajowodem usunięto i jajnik. Na stronie prawej znaleziono sactosalpinx i jajnik prawidłowy. Jajnik pozostawiono, jajowód chory usunięto. Przebieg pooperacyjny gładki, pomimo ciepłoty cokolwiek podniesionej, jak i przed operacyą. Przed operacyą ciepłota dochodziła do 36°C, po operacyi do 38°. Chora opuściła szpital 18-go dnia, czując się zupełnie dobrze.

Uderzającem było w tym przypadku, że sieć duża nie była, jak przeważnie w wylewach krwi przy ciąży pozamacicznej, sklejona z krwiakiem albo jajowodem schorzałym: wogóle w tym przypadku wcale nie spostrzeżono sieci w przebiegu całej operacyi. N. demonstruje preparat i rysunek.

Trzeci przypadek dotyczy 27-letniej kobiety, 6 lat zamężnej, która urodziła pomyslnie dwoje dzieci i raz poroniła w 3 miesiącu, 4 lata temu. Nigdy nie chorowała. Obecnie po 6 tygodniowem zatrzymaniu się miesiączki krwawi z krótkiemi przerwami już dwa miesiące. Operacyi w obecności Neugebauera dokonali Slaski i Janczewski. Operacya przedstawiała pewne cechy wyjątkowe, mianowicie: przydatki prawostronne były zdrowe, po lewej stronie znaleziono ciążę jajowodową w odśrodkowym końcu jajowodu, który na przestrzeni dwóch członków wskaziciela miał grubość przeszło serdelka: jajo siedziało jeszcze w jajowodzie: *abortus tubarius incompletus;* płodu nie znaleziono. Jajnik lewy był torbielowato zwyrodniały, a więc *corpus luteum* musiało znajdować się w drugostronnym, czyli prawym jajniku. Znaleziono pomiędzy kiszką ślepą, a tylną powierzchnią macicy, dawny zrost blaszkowaty, a dalej torbielowato-zwyrodniały wyrostek robaczkowy, zrośnięty z krwistekiem, otaczającym odśrodkowy koniec ciężarnego jajowodu. Przydatki lewostronne usunięto wraz z torbielowato zwyrodniałym wyrostkiem robaczkowym.

Operacya 14 lipca. Przebieg gładki; 19-go dnia pacyentka opuściła szpital zdrowa. Neugebauer, pomimo ze posiada materyał własny 81 przypadków ciąży pozamacicznej, operowanej przeważnie przez niego, po części przez asystentów swoich, takiej komplikacyi ektopicznej ciąży, jak w tym przypadku, nie napotykał i zwraca uwagę, jakie trudności rozpoznawcze mogą nastręcyć się wskutek połączenia się tych dwóch spraw chorobowych, które zresztą w piśmiennictwie nie jest tak bardzo rzadkie.

Czwarty przypadek dotyczy 23-letniej kobiety, cztery lata zamężnej, która urodziła jedno dziecko pomyślnie. Po porodzie chorowała obłożnie cztery tygodnie dwa lata temu. Później była zdrową: peryody były regu-

larne. Ostatnia miesiączka przyszła cokolwiek za wcześnie: odtąd chora krwawi już cztery tygodnie. Chora zapisała się do szpitala wskutek ustawicznych bólów brzusznych, krwawienia dołem, oraz osłabienia. Ostatni peryod 6 grudnia. 24-go grudnia zaczęło się krwawienie, do dziś trwające. 28 stycznia chora przyjętą została do szpitala. Wobec danych badania oraz wywiadów rozpoznano ciążę pozamaciczną, mianowicie prawostronną i dnia 1/II dokonano cięcia brzucha. Operacyi dokonał Neugebauer i znalazł rzecz niebywałą, mianowicie przemieszczenie ciężarnego jajowodu prawostronnego ku lewej stronie. Jajo siedziało w środkowej części jajowodu prawego: koniec odśrodkowy jego leżał po stronie lewej macicy i sięgał do zatoki Douglasa, pogrzebany w haematoma peritubarium. Krwiak ten wypełniał szczelnie zatokę Douglasa. Jajnik prawy był torbielowato zwyrodniały, wielkości jaja kurzego, zrośnięty z ciężarnym jajowodem, z krwiakiem i z górną prwierzchnią dna macicy. W położeniu Trendelenburga macicy wcale nie było widać: cały ten kompleks organów był zasłonięty przez sieć dużą, z nim lekko zrośniętą. Dopiero po odklejeniu sieci udostępniono pole operacyjne. Po odklejeniu ciężarnego jajowodu od zrostów, odchylono go od pozycyi normalnej i wtedy usunięto prawostronne przydatki. Lewostronne przydatki były prawidłowe. Fakt ten jest przykładem operowania w prawostronnej ciąży jajowodowej w lewej połowie miednicy. Jajowód prawy był zagięty w lewo i ku górze, tuż przy samej macicy. Spostrzeżenie to należy do bardzo rzadkich, jeśli nie jest unikatem. Chora opuściła szpital uzdrowiona w 20 dni po operacyi.

Następnie Neugebauer pokazał rzadkie spostrzeżenie torbieli jajnika, usuniętej przez niego u staruszki 72-letniej.

Kobieta ta zgłosiła się do szpitala z powodu guza i wody w brzuchu, niemożności chodzenia, siedzenia, leżenia — dla braku tchu. Wycięczenie ogólne, brzuch rozmiarów nadzwyczajnych, obwodu 122 centymetrów. Odstęp od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego 63 ctm. Chełbotanie wyraźne; między udami sterczy enterocele vaginalis posterior, chełbocząca. Obmacując dwuręcznie czuje się w jamie brzusznej guzowate masy balotujące. Chora opowiada, że żadnych bólów nigdy nie miała, że brzuch rośnie od 6 lat, że czasami bywa większy, czasami mniejszy i że bywał już większy, niż dziś. Peryodów już niema od lat 22. Chora opowiada, że dwa razy już pękły jej powłoki brzuszne, wskazując na dwie blizny, z których jedna znajduje się na stronie lewej brzucha na kilka palców poniżej łuku żebrowego lewostronnego, druga na stronie prawej, znacznie niżej. Przy takiem pęknięciu powłok brzusznych za każdym razem jakoby miało się wylać sporo płynu krwawego surowiczego (?). Aczkolwiek opowiadanie to chorej, zresztą dosyć inteligentnej, budzi mimowoli pewne niedowierzanie, Neugebauer nie wyłącza możności, że i w istocie taki fakt miał miejsce, ponieważ osobiście ze Szteinerem ongi widział chorą, u której sponte pękła ściana brzuszna, zrosnięta z torbielą jajnika, z wylaniem się wielkiej ilości płynu.

Neugebauer dokonał cięcia brzucha dnia 16/II w położeniu chorej na wpół siedzącem, wypuszczając ostrożnie ascytyczny płyn z jamy brzusznej,

powoli, na razie przez mały otwór. Wypuszczono cztery litry płynu niekrwawego.

Po powiększeniu cięcia brzusznego wydobyto z jamy brzusznej guz, przekraczający wielkością głowę dorosłego mężczyzny, wagi około 5 funtów. Guz ten jajnika lewego, o piewierzchni gładkiej, błyszczącej, białawej wraz z jajowodem, wykazał skręcenie jajowodu i krezki jajnika półtora raza dokoła osi podłużnej szypuły. Torbiel usunięto wraz z jajowodem. Przydatki prawostronne były niewidoczne, schowane wśród zrostów starych, nie powiększone. Natomiast znaleziono drugi guz, tej samej wielkości, tej samej spoistości i tego samego wyglądu, jak usunięty guz jajnika, mianowicie—guz sieci. Na wyjętym guzie jajnika, oraz na górnej powierzchni dna macicy, znaleziono rozsiane brodawkowe narosty, w pękach zgromadzone. Otrzewna ścienna miała, jak widać było na przekroju w ranie brzusznej, grubość przeszło centymetra, była nadzwyczaj twarda i mało krwawiąca.

Neugebaur, wobec ascites oraz obecności rozsianych na macicy, na guzie, etc. brodawkowych mas, wobec wyglądu ściany otrzewnej, przypuszczał nowotwór złosliwy, zrezygnował więc z przedłużania operacyi, aby wyciąć i nowotwór sieci, czego dziś żałuje. Po wydobyciu jeszcze sporej ilości płynu z jamy brzusznej, ranę brzucha zaszyto. Przebieg pooperacyjny gładki, pomimo wieku chorej i jej wycieńczenia. Chora w nocy po operacyi usiadła w łóżku. Operacya odbyła się dnia 16/II, a dnia 11/III chora opuściła szpital i czuje się dziś zupełnie dobrze, lecz ascites się odnowił, jak było przewidywane.

Uderza niezwykły wygląd powierzchni guza: ma ona wygląd ospowaty, widać na całej powierzchni guza rozsiane okrągłe dołki, mniej lub więcej głębokie, większe lub mniejsze, a ten sam wygląd stwierdzono na guzie sieci. Badanie, dokonane przez Dmochowskiego, ujawniło, że usunięty guz był adenoma ovarii glandulare proliferans invertens papillare, dobrotliwej natury, że guz sieci i owe brodawkowce, rozsypane tu i owdzie w jamie brzucha, były po prostu przerzutami nowotworu jajnika, przez ściany którego tu i owdzie przenikły brodawkowe masy, wszczepiając się później w sąsiedztwie. Otóż po usunięciu głównego guza pierwotnego, jak pisze Gebhard, owe przerzuty zwykle po dłuższym lub krótszym czasie giną samowolnie, skoro już usunięte jest, wraz z pierwotnym guzem jajnika, pierwotne źródło tych przerzutów. Zarówno zgrubienie otrzewnej ściennej, jak i zgrubienie i niezwykły wygląd ospowaty powierzchni guza jajnika ma być, według Dmochowskiego, wynikiem zwyrodnienia, czyli przerostu otoczki guza a zarówno i otrzewnej ściennej włóknisto-szklistego o wyglądzie takim, jakby nowotwór pokryty był płynnym cukrem. Dmochowski określił guz jajnika jako nie złośliwy, wobec czego Neugebauer ma zamiar, w razie dolegliwości, ciężarem guza spowodowanych, powtórzyć cięcie brzuszne i usunąć i guz sieci. Na przekroju guza, który od lutego leżał w formalinie, widać tuż pod otoczką, na jej wewnętrznej ścianie, obfite bujanie mas brodawkowatych, jama zaś guza wypełniona jest galaretową masą, wyglądającą dosłownie jak tak zwane czekoladowe lody cukiernicze. Jestto koloid, wraz z domieszką krwi. Neugebauer zwraca specyalnie uwagę ope-

ratorów młodszych na przypadek ten, aby pamiętali, że nie każdy guz jest złośliwy, jeśli mu towarzyszą ascites i brodawkowe przerzuty w jamie brzusznej. Właśnie tego rodzaju komplikacye czyli następstwa charakterystyczne są dla guzów papillarnych jajników, przeważnie w cystoadenoma serosum, lecz zdarzają się i w cystoma glandulare, jak w tym przypadku.

Następnie Neugebauer zdaje sprawę z przypadku bardzo rzadkiego laparotomii, przez niego dokonanej, w celu rozpoznawczym, ewentualnie terapeutycznym u 72-letniej panny, obarczonej wysokiego stopnia skrzywieniem kręgosłupa tylnobocznem. Pacyentka, która już dawno peryody utraciła i nigdy nie chorowała na jakąkolwiek sprawę ginekologiczną, od kilku tygodni stale wymiotuje i doznaje bólów w całym brzuchu. Chełmoński rozpoznał, że przyczyną wymiotów jest ucisk wielkiego guza, czyli nowotworu w jamie brzusznej na wątrobę i żołądek i skierował chorą do Neugebauera dla usunięcia guza. Bodanie nie dało zgoła żadnej wskazówki pewnej co do pochodzenia guza. Dwuręczne badanie nie wykryło jakiegokolwiek związku guza z organami płciowymi. Gdy Neugebauer po raz pierwszy widział chorą, wyczerpaną stałymi wymiotami, bezsennemi nocami, bólami brzusznymi, skonstatował obecność twardego guza, sięgającego od łuku żebrowego prawostronnego do spojenia łonowego, mało przesuwalnego i niebolesnego. Wobec wysokiego stopnia skrzywienia kręgosłupa odstęp od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego był tak zmniejszony, że guz wytłaczał ściany brzuszne na zewnątrz przez swoją wypukłość. Neugebauer podjął się operacyi, aby sprawdzić, czy wogóle guz nada się do usunięcia. Postanowiono wykonać cięcie brzuszne rozpoznawcze wobec zupełnie niejasnego rozpoznania.

Po otwarciu jamy brzusznej wylało się z niej cokolwiek płynu ascytycznego ciemnej barwy, lecz bez domieszki krwi. Okazało się wtedy, że guz sterczący na zewnątrz przez ściany brzuszne był przemieszczoną wątrobą, której przedni brzeg, leżący zazwyczaj poziomo, leżał wprost pionowo, sięgając od wyrostka mieczykowatego do spojenia łonowego. Przemieszczenie to było łatwo zrozumiałe wobec ułomności, powyżej wymienionej. Odrazu postanowił N. wątroby dyzlokowanej nie ruszać, ponieważ o jakiemkolwiek umocowaniu wątroby nie można było nawet myśleć, wobec zmian ubikacyjnych jamy brzusznej, spowodowanych skrzywieniem kręgosłupa tak znacznem, żo łuk żebrowy prawostronny dotykał grzebienia prawej kości biodrowej. Wprawdzie Ladenburg zalecał przyszywanie wątroby do powłok dolnych żeber po oskrobaniu powierzchni wątroby, lecz tutaj poprostu nie było miejsca na to, aby wątrobę inaczej ulokować, niż leżała w danych warunkach.

Przy badaniu w następstwie znaleziono raka wątroby w postaci kilku żółtawych wypukleń na dolnej powierzchni wątroby, wyglądających jakby wciśnięto w miąższ wątroby kartofel średniej wielkości. Wypukłości te sterczały ku jamie brzusznej. Wobec takich danych Neugebauer uważał za zbyteczne dalsze poszukiwania na żołądku i kiszkach, przypuszczając, że chodzi o raka wtórnego wątroby, o pierwotnego zaś raka żołądka. Zaszył więc ranę brzuszną. Chora zniosła operacyę dobrze i już po 2 tygodniach powróciła do domu, nie gorączkując ani razu po operacyi. Wymioty po operacyi

na razie ustały, lecz chora po każdem spożyciu pokarmu doznawała silnych bólów tak, że wogóle odmawiała przyjmowania jakiegokolwiek pożywienia, prócz wody i herbaty.

Neugebauer po powrocie chorej do domu odwiedzał ją kilkakrotnie, nie łudząc się bynajmniej co do przyszłości. Śmierć nastąpiła w 6 tygodni po operacyi poprostu z wygłodzenia. Operacya miała ten jedynie wynik, że ujawniła przyczynę cierpień, nic nie pomogła pod względem leczniczym. Z drugiej strony przypadek ten daje wskazówki rozpoznawcze na przyszłość w przypadkach tak daleko posuniętej ułomności kręgosłupa, połączonej z przemieszczeniem organów jamy brzusznej tak znacznego stopnia. Neugebauer w szpitalu Św. Ducha widział na zwłokach w roku 1885 uchyłek żołądka, leżący tuż nad orificium internum lewego kanału pachwinowego w przypadku nienadającego się do operacyi raka odźwiernika, z kolosalnem rozszerzeniem żołądka, pełnego resztek wynaczynionej krwi, przypominającej fusy od kawy. Widział też kilkakrotnie podczas brzusznych cięć u ułomnych karlic przemieszczenie żołądka i wątroby znaczne, lecz nigdy tak znacznego przesunięcia się wątroby, jak w danym przypadku.

Dalej *Neugebauer* zadał dwa pytania:

1) Kilka dni temu zgłosiła się do niego mężatka, u której rok temu w Marsylii w carcinoma cervicis uterinae nie dokonano wycięcia macicy z przyczyn Neugebauerowi dotychczas nie znanych, lecz zastosowano wyskrobanie oraz fulguracyę. O szczegółach operacyi tej — ile razy ją powtarzano etc., Neugebauer na razie nic jeszcze nie wie; pisał N. do Marsylii, aby się dowiedzieć szczegółów, uderzył go jednak wynik badania przez pochwę, zarówno jak i wywiady. Chora od czasu operacyi czuje się zupełnie zdrową, bólów żadnych nie doznaje, peryody ma umiarkowane, co miesiąc. Badanie nie wykrywa ani powiększenia gruczołów pachwinowych, ani jakichkolwiek zmian chorobowych w pochwie, prócz zwężenia lejkowatego w głębi jej, bez możności wykrycia palcem jakichkolwiek śladów części pochwowej macicy. Uderzyło go głównie to, że w rok po operacyi nie znalazł w pochwie zgoła nic podejrzanego o wznowę raka, ani najmniejszej skazy, rany, ziarniny i t. d., a poprostu tylko bliznowe zwężenia pochwy. Neugebauer w przypadkach, gdzie nie stosował całkowitego wycięcia macicy bądź przez pochwę, bądź górą, zawsze napotykał w głębi pochwy lejek, w głębi którego znajdowała się powierzchnia owrzodzona, otoczona wwiniętymi zdrowymi brzegami rany, nigdy zaś po stosowaniu żegadła Paquelina nie widział zabliźnienia się rany rakowej. Otóż w tym przypadku istniało takie zabliźnienie. Neugebauer wie, że Czerny, Jordan i inni wypowiedzieli się sceptycznie co do wartości fulguracyi raków macicy, że Doyen wypowiedział się tak, że w tej fulguracyi niema nic nowego, ani też nic pożytecznego, lecz nie powodując się zdaniem Doyena, nie widzi racyi z góry oddawać się zbyt wielkiemu sceptycyzmowi. Neugebauer nie wierzy wogóle w możność wyleczenia doszczętnego raka macicy, swoją drogą ceni i osiągnięcie chociażby chwilowej poprawy w stanie zdrowia chorej i dla tego zapytuje kolegów, czy którykolwiek z nich już miał okazyę badania chorej po stosowaniu fulguracyi i jakie wrażenie z tego leczenia odniósł. Osobiście Neugebauer porozumiał się z Bernhardem w celu przeprowadze-

nia kilku badań doświadczalnych i wraz z jedną ze swoich pacyentek oczekuje przysłania z Paryża odpowiedniej elektrody, aby przeprowadzić własne badania nad pożytkiem wynalazku Keating Harta dla leczenia nienadających się do operacyi raków macicy.

2) W zakończeniu *Neugebauer*, streszczając w krótkich słowach odczyt Fuchs'a o działaniu leukofermantu Mercka na zmniejszenie i skrócenie ropienia w jamach ropiejących pooperacyjnych, przytacza, że otrzymał z fabryki Mercka w Darmsztadzie kilka flakonów leukofermantu. Preparat obstalował wtedy, gdy w szpitalu miał dwie chore, odpowiednie do zastosowania tego preparatu; chore te się już ze szpitala wypisały.

Obecnie zapytuje N. kolegów, czy nie znajdzie się w tym lub owym oddziale chora, u której możnaby wypróbować działanie leukofermantu?

(Streszczenie własne Neugebauera).

ST. CYKOWSKI.

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

W d. 11, 12 i 13 października r. b. odbył się w Warszawie I Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów polskich. Prócz 200 lekarzy warszawskich przybyło na Zjazd 70 lekarzy z najrozmaitszych, najbardziej nawet odległych miejscowości. Śród uczestników Zjazdu nie zbrakło ani jednego polskiego nazwiska, dobrze znanego nauce. Zarówno pod względem uroczystości, podniosłości nastroju ogólnego, jak rozmachu, natężenia prac w sekcyach poszczególnych, liczby i różnorodności wygłoszonych odczytów, jak wreszcie stopnia aż do końca niegasnącego zainteresowania się współuczestników—wypadł Zjazd świetnie. Zorganizowanie Zjazdu było wzorowe.

Zjazd odbyty dowiódł namacalnie, że trzy wyżej wymienione odłamy wiedzy mają śród lekarzy polskich liczny zastęp dzielnych przedstawicieli; wykłady i rozprawy, na Zjeździe wygłoszone, wykazały, że nasi neurolodzy, psychiatrzy i psycholodzy, pomimo nieraz trudne warunki pracy, stoją dziś na wysokości poziomu neurologii, psychologii i psychiatrii wszechświatowej.

Szczegółowe sprawozdanie z przebiegu i prac Zjazdu pozostawiamy Dziennikowi Zjazdu. Zbytecznie jest dowodzić, jak wysoce dodatnio, pokrzepiająco ducha i zagrzewająco do dalszej pracy działają Zjazdy, szczególniej w społeczeństwach, jak nasze, niezobojętniałych jeszcze na tego rodzaju uroczystosci. Dla tego też czujemy się w obowiązku wypowiedzieć wyrazy najwyższego uznania tym wszystkim, którzy podjęli zamiar urządzenia Zjazdu, którzy dzięki swoim zabiegom, swojej niezmordowanej zaiste dużej pracy doprowadzili do skutku I Zjazd Neurologów, Psychiatrów i Psychologów polskich.

* * *

Warszawa w ostatnich czasach szybkim krokiem zdąża do uczynienia zadość wymaganiom nowoczesnego lecznictwa fizykalnego. W ciągu ostatnich kilku miesięcy powstał w Warszawie szereg rozmaitych instytucyi prywatnych, które umożliwią korzystanie ze zdobyczy lecznictwa nowoczesnego nietylko mieszkańcom Warszawy, lecz całej ludności Królestwa Polskiego, bez uciekania się do wyjazdów zagranicę, dla b. wielu zgoła niedostępnych. Z pośród instytucyi tych wymienimy te, które mogą najbardziej zainteresować chirurgów i ginekologów.

Dnia 10 października r. b. nastąpiło otwarcie przy ul. Nowy Świat № 19 zakładu chirurgiczno-ortopedycznego kol. Wacława Łapińskiego. Brak w Królestwie Polskiem instytutu tego rodzaju, zaopatrzonego we wszelkiego rodzaju przyrządy do fizyko-mechanicznego leczenia dawał się bardzo odczuwać. Przyznać bowiem należy, że aczkolwiek wielu z kolegów warszawskich zajmowało się leczeniem za pomocą znanych metod fizykalnych oraz zabiegów ortopedyczno-gimnastycznych, jednakowoż nie posiadaliśmy dotychczas zakładu specjalnego, w którym zgrupowane byłyby celowo, a za-

razem w ilości zadawalniającej przyrządy i urządzenia odnośne. Potrzebie powyższej czyni zadość zakład kol. Łapińskiego, wzorowany na analogicznych instytutach zagranicznych, odpowiadający najnowszym wymaganiom nauki i prowadzony pod osobistym wytrawnym kierunkiem samego właściciela.

W kilku dość obszernych dobrze oświetlonych i wentylowanych salach mieści się przedewszystkiem znaczny dobór przyrządów do leczenia bocznych skrzywień kręgosłupa podług Hoffy, Zandera, Langego i innych. Dalej idą przyrządy wahadłowe do leczenia przykurczeń stawowych, przyrządy Biera do leczenia przekrwieniem zapomocą pompy ssącej, do leczenia gorącem suchem powietrzem, elektryczno-świetlne i spirytusowe. Znajdujemy tam wreszcie przyrządy do masażu wibracyjnego, tuszu szkockiego i t. p.

Przy zakładzie istnieje też pracownia przyrządów ortopedycznych według techniki prof. Lange'go z Monachium.

Dnia 23 października otworzyli przy ulicy Szkolnej № 5 (Marszałkowska № 140) kol. S. Hubicki, L. Lerentowicz i S. Wisznicki „Zakład Fizyko-leczniczy dla leczenia chorób kobiecych". Zakład ten mieści w kilku odpowiednio urządzonych pokojach przyrządy do stosowania kąpieli mineralnych, kwaso-węglowych, nasiadówek borowinowych (ciechocińskich, krymskich, limanowych), okładów borowinowych i z fango, mięsienia ręcznego i wibracyjnego, ogólnego i specyalnego, do obciążania zewnętrznego i wewnętrznego na równi pochyłej, kąpieli miejscowych w gorącem powietrzu, kąpieli świetlno-elektrycznych miejscowych, długotrwałych gorących przepłukiwań pochwowych, elektryzacyi i gimnastyki leczniczej specyalnej. Jak widzimy— jest tu wszystko, czem posługuje się nowoczesna ginekologia zachowcza.

Spostrzeżona omyłka. W rozprawie D-ra A. Marcinkowskiego „Przepuklina przykątnicza wewnętrzna" Tom I, Zeszyt II, Str. 145, wiersz 19 wydrukowano: „Operacya dokonaną była w *uśpieniu eterowem...*", należy poprawić: „Operacya dokonaną była *pod rozpylaniem eterowem...*".

Redaktor **Antoni Leśniowski.** Wydawca **Czesław Stankiewicz.**

Druk L. Bilińskiego i W. Maślankiewicza, Nowogrodzka 17.

TREŚĆ ZESZYTU III-go.

PRZEGLĄD CHIRURGICZNY i GINEKOLOGICZNY

(REVUE DE CHIRURGIE ET DE GYNÊCOLOGIE)

JOURNAL BIMENSUEL POLONAIS

paraissant à Varsovie sous la rédaction du Dr. A. LEŚNIOWSKI.
Administration du journal: Varsovie, 3 rue Złota. Dr. C. STANKIEWICZ.

SOMMAIRE DU Nr. 3.

Adres Redakcyi: **Warszawa, NOWOGRODZKA № 19, TEL.24-38.**

Adres Administracyi: **Warszawa, ZŁOTA № 3. TELEFON 70-75.**

Warunki przedpłaty: Rocznie Rb. **6,** z pzzesyłką pocztową Rb. **7.** Zeszyt pojedyńczy Rb. **2.** Zeszyt okazowy darmo i opłatnie.
